

# SYNTHÈSE ANNUELLE D'ACTIVITÉ 2010

du Pôle Santé et Sécurité des Soins



**LE MÉDIATEUR  
DE LA RÉPUBLIQUE**



# EN QUELQUES MOTS

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins :  
comprendre, intervenir, alerter, restaurer la confiance

*Humanisme, Équité, Respect, Impartialité, sont les valeurs du Pôle Santé et Sécurité des Soins. Son action s'effectue en toute confidentialité, auprès de chaque usager ou professionnel de santé qui requiert ses services. Le Pôle Santé et Sécurité des Soins (P3S) travaille en réseau et déploie un dispositif adapté à la complexité et à la diversité des demandes : de l'information, au simple «aiguillage» vers les structures locales de médiation, en passant par le soutien d'un professionnel de santé en difficulté, l'examen approfondi du dossier en cas de conflit, la médiation, jusqu'à la proposition de réformes.*

Avec plus de 10 000 requêtes enregistrées en 2010, P3S a démontré son utilité, et la pertinence de son action dans des domaines aussi variés que la maltraitance des personnes âgées, la fin de vie, le non respect des droits des patients en psychiatrie, l'application du principe de laïcité à l'hôpital, les difficultés d'accès aux soins des détenus, l'engorgement des urgences, l'éthique, l'usure des professionnels... Ces thématiques sont reprises sous forme d'articles et de témoignages dans la lettre mensuelle d'actualité de P3S qui est diffusée sur son site internet ([www.securitesoins.fr](http://www.securitesoins.fr)).

Le plus souvent contacté par l'intermédiaire de sa plate-forme d'écoute, P3S a innové en ce qui concerne les moyens de contacter l'Institution. S'il reste possible de le saisir par l'intermédiaire, des parlementaires, des délégués du Médiateur de la République ou par courrier, plus de 80 % des demandes lui parviennent directement par le numéro vert dédié, que des campagnes d'informations tentent au maximum de porter à la connaissance des usagers et des professionnels de santé.

À noter que pour l'année 2010 près de 18% des requêtes proviennent de professionnels, en situation de dialogue bloqué avec un patient, subissant un isolement professionnel après un accident médical, ou menacé dans leur activité... Ils sont à la recherche d'un interlocuteur indépendant et neutre. C'est pourquoi P3S a mis en place au cours de l'année une **cellule d'accompagnement et de soutien des professionnels** qui intervient dans la prise en charge du stress post traumatique de professionnels confrontés à des situations complexes et sensibles, associées à une rupture de dialogue avec les acteurs concernés sans perspective de solutions.

Un grand nombre de cas complexes appelle de la part du P3S un traitement approfondi. Destinataire des réclamations des usagers en litige avec des professionnels ou établissements de santé, la **cellule d'analyse et de suivi des affaires** peut se faire communiquer toutes les pièces médicales du dossier concerné et mettre en œuvre des moyens particuliers pour analyser chaque dossier et reprendre pédagogiquement chaque «histoire». Afin d'avoir une vision commune et partagée

sur chaque affaire, un staff mensuel et multidisciplinaire se tient au Pôle Santé et Sécurité des Soins avec un médecin permanent, une infirmière, une juriste et cinq médecins vacataires (qui sont par ailleurs en activité à l'hôpital ou en clinique). Ils analysent les dossiers, en concertation avec douze délégués thématiques : personnes de référence, Professeurs, Magistrat, Directeur d'hôpital, Psychiatre,... dont le Pôle sollicite les avis.

C'est ce travail qui permet à P3S de mieux comprendre le déroulement des événements indésirables graves qui lui sont soumis et d'identifier les éventuels dysfonctionnements ou erreurs, condition indispensable à l'amélioration des pratiques. La **cellule de médiation**, ne cherche pas à désigner un coupable, mais à permettre une exploitation positive de l'erreur. La médiation physique a valeur pédagogique pour les professionnels.

Les missions du P3S ne s'arrêtent pas là. Son rôle de médiateur dans des dossiers liés à un préjudice susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires ou d'engager une responsabilité pénale, civile ou administrative, fait de lui un observateur privilégié des événements indésirables graves et des pratiques non conformes ou contraires à l'éthique. Ces situations susceptibles de mettre en danger la vie d'autrui ou de menacer des personnes vulnérables (enfants, personnes âgées...) nécessitent parfois le déclenchement du dispositif d'alerte de l'autorité concernée.

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins a observé, lors de ses visites d'établissements à l'occasion de ses tournées régionales, la qualité des échanges, l'attitude empathique et le respect des professionnels à l'égard des usagers. Par ailleurs, P3S tient à souligner qu'à chaque saisine du Médiateur de la République, a été observée une très forte implication des établissements et des institutions dans la résolution des conflits.

Par ailleurs, en 2010, trois conventions de partenariat ont été signées avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes. Elles marquent l'engagement réciproque de ces partenaires et du Médiateur de la République à améliorer l'accès aux droits et la qualité du service rendu aux usagers du système de soins et des professionnels de la santé. Elles définissent les termes d'une coopération visant à instaurer un échange réciproque d'informations afin d'identifier les actions correctives et préventives les plus adaptées à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles réaffirment l'action du Médiateur de la République et de ces partenaires dans la promotion des valeurs communes d'écoute et de respect des usagers du système de soins et des professionnels de santé.

# EN QUELQUES CHIFFRES

## 13723 requêtes :

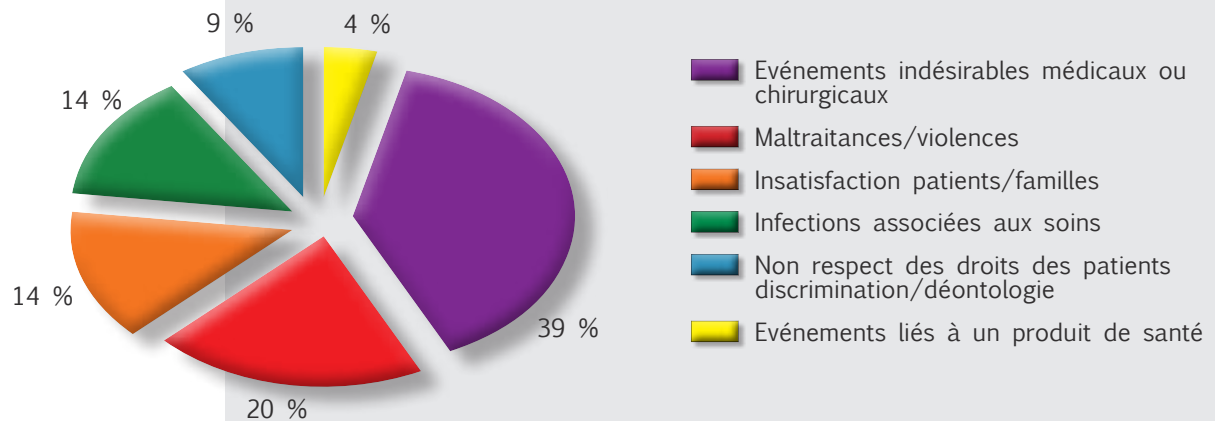
**11880** contacts au centre d'appels

**1400** courriers reçus en cours de traitement

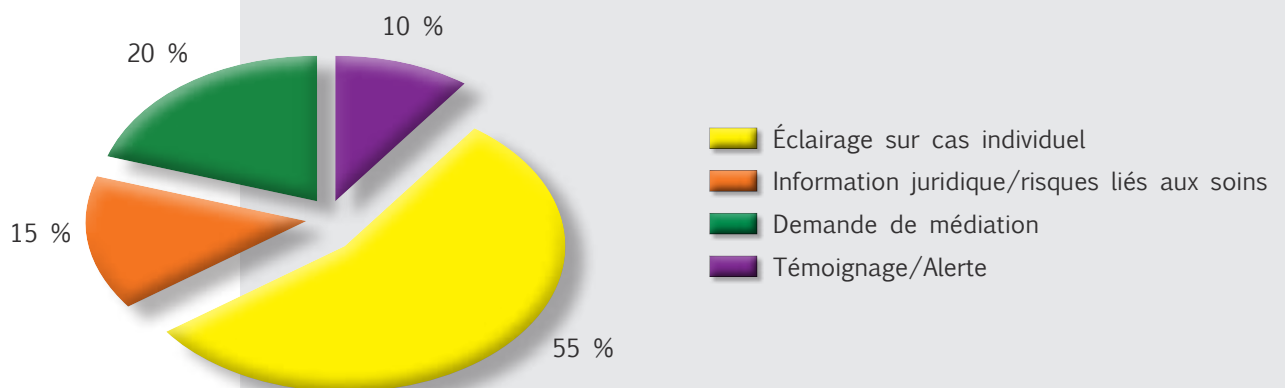
**282** formulaires web traités

**161** témoignages reçus sur le site *www.securitesoins.fr*

## Typologie des requêtes



## Motifs des requêtes



**2175** dossiers ayant nécessité une analyse approfondie des pièces médicales et/ou une rencontre physique des acteurs concernés

# LES GRANDES TENDANCES

## Le défi de la maltraitance : une prise de conscience collective...

### Une prise de conscience collective...

Suite aux rapports du Médiateur de la République et de la Haute Autorité de santé, consacrés à la maltraitance dans les établissements de soins, ce phénomène n'est plus nié et le Pôle Santé et Sécurité des Soins a pu constater que de nombreux établissements se mobilisent pour promouvoir la notion de bientraitance. Par ailleurs, le Ministère de la Santé a placé l'année 2011 sous le signe des patients et de leurs droits. A ce titre, une mission consacrée à la bientraitance a été chargée de faire des préconisations pour améliorer la qualité du service vis-à-vis des patients et de leurs proches, de favoriser le dialogue et de participer à la diffusion de bonnes pratiques.

Les faits relevant manifestement d'une situation de « maltraitance » doivent être considérés et traités avec d'autant plus de gravité qu'ils s'inscrivent dans un dispositif légal contre-indiquant le silence et poussant à agir. La relative complexité de ce dispositif qui touche, selon des modalités différentes, des mineurs, des majeurs, des personnes âgées et des handicapés, mérite d'être bien connu par tous les établissements.

Bien souvent, les reproches de « maltraitance », formulés par les patients ou leurs proches, recouvrent heureusement des faits de moindre importance, exclusifs de cette violence physique caractérisée, de cette négligence lourde, de cette cruauté mentale voire de l'abus sexuel qui peuvent la caractériser. Ces faits sont néanmoins révélateurs d'une situation de souffrance ou d'incompréhension qui mérite une attention particulière de la part des professionnels concernés.

L'examen systématique et rigoureux des situations de maltraitance par les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), font souvent l'objet, en aval de cette commission et sur la base des éléments dégagés par son enquête et de ses conclusions, d'une réflexion au sein du service en cause. Cette réflexion d'équipe est indispensable à sa bonne cohésion dans la poursuite d'un objectif de qualité du soin, soucieux de ne pas perdre de vue le patient dans sa dignité et ses exigences de personne humaine. On voudrait être sûr que cette pédagogie soit effective et constante dans tous les établissements. A ce titre, la nouvelle version de la certification proposée par la Haute Autorité de santé contient dorénavant des références et des critères qui renforcent les dimensions du respect du patient, l'humanité de la prise en charge et le respect du droit à l'information. Les établissements de santé sont dorénavant évalués sur l'engagement du management et des instances de l'établissement pour promouvoir la bientraitance.

### Accusé de coûter trop cher à la société

Handicapé depuis la naissance, Mr F. décède dans une clinique suite au retard de prise en charge d'une occlusion intestinale.

Face aux douleurs intenses présentées par Mr F., la mère de celui-ci n'a de cesse d'alerter l'équipe médicale. Aucune de ses remarques n'est prise en considération. Les seules paroles entendues par la mère de Mr F. sont :

- « Votre fils coûte déjà bien assez cher à la sécurité sociale, et ceci depuis sa naissance... »
- « ...que de toute façon il est condamné... »
- « ...que c'est lui le médecin et qu'il sait ce qu'il fait... »

### Obésité reprochée à un enfant par un chirurgien

Un jeune garçon, âgé de 14 ans, est hospitalisé suite à la suspicion d'une appendicite. Une appendicectomie est pratiquée dès le lendemain. Après cette intervention, la mère de l'enfant décrira un manque d'écoute et d'information de la part du chirurgien.

Ce dernier, lors de sa visite post opératoire, fera preuve, sans raison apparente, d'un comportement extrêmement maltraitant, à l'encontre de ce jeune patient : « Pourquoi je t'ai opéré ? De toute façon, tu es entouré de graisse et tu vas bientôt crever ».

### P3S salue la réactivité d'un Directeur d'établissement de soins

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins (P3S) a été contacté par Monsieur S. concernant les conditions de prise en charge de son père lors de son séjour dans une clinique de la région parisienne. Il décrit de nombreux faits de maltraitements dont a été victime son père : vexations multiples, négligences lors de la toilette, changes non effectués (couches souillées maintenues et «recouvertes» d'une propre...), retrait systématique de la sonnette, oubli d'administration d'antalgiques prescrits, paroles grossières, ton agressif et méprisant. D'autre part, la famille n'a jamais pu être informée sur son état de santé et a subi l'annonce de son décès dans des conditions inhumaines.

P3S s'est rapproché du Directeur de l'établissement afin de porter ces faits à sa connaissance. Très rapidement, Monsieur S. accompagné de sa mère, de son frère et de sa sœur ont été reçus par le Directeur d'établissement et ont communiqué les détails précis de cette prise en charge (dates, noms des personnels...). Le Directeur a avoué à la famille que, malheureusement, il avait déjà des doutes quant à certains personnels travaillant la nuit, mais que, jusqu'à présent, personne n'avait osé témoigner. Il est apparu que huit personnes étaient concernées par ces maltraitements...

Le Directeur a avisé Monsieur S. qu'il allait se rapprocher de tous les personnels visés et s'est engagé à le tenir informé des résultats de cette enquête.

Deux mois plus tard, Monsieur S. a été convié par le Directeur pour une restitution des mesures prises. Lors de cette rencontre, Monsieur S. a appris que chaque employé incriminé avait reçu une convocation pour un entretien individuel. Lors de ces entretiens, et au vue des détails donnés par la direction les aveux furent spontanés. Plusieurs sanctions importantes ont été décidées : 2 licenciements et 6 mises à pied (ou blâmes).

En conclusion, le Directeur a été très satisfait de la démarche de Monsieur S., et a regretté que peu de personnes aient osé le faire. Monsieur S. et sa famille se disent aujourd'hui apaisés par ces mesures. Ils ont eu vraiment la satisfaction d'avoir été entendus, d'avoir honoré la mémoire de leur époux, père et grand-père et de savoir que d'autres patients ne pâtiront plus des agissements de ces personnels.

### Des patients âgés de plus en plus fragilisés, nécessitant une meilleure coordination entre le secteur médicosocial et le sanitaire

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins tient à souligner le travail réalisé par L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), qui a notamment en charge la promotion d'une culture de la bientraitance au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables.

Cependant, l'inquiétude persiste au sein d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillant des personnes âgées fragilisées et handicapées. Une relation de confiance et suivie avec les autorités partenaires dans leur traitement – justice, Conseil général, ARS - est indispensable à cette meilleure connaissance des textes et à leur pratique, par exemple sur les conditions concrètes d'application de l'art. 226-14 du Code pénal, combiné à l'article 44 du Code de déontologie médicale.

Par ailleurs, une coordination est nécessaire entre les Agence Régionales de Santé (ARS) et les Conseils généraux des départements pour évaluer les besoins sanitaires et sociaux du patient âgé et organiser une prise en charge de qualité. La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST), en créant les Agences Régionales de Santé, se veut être un moteur de décloisonnement entre secteur sanitaire et secteur médicosocial. Une commission de coordination sur le médicosocial est prévue à l'article 26 du texte de la loi HPST, mais les modalités concrètes d'une telle articulation restent à définir.

Enfin, le Médiateur de la République a initié une mission d'enquête sur la «maltraitance financière» des personnes âgées dans les établissements de santé dont le rapport est attendu pour le premier trimestre 2011.

### Agression aux urgences

Une patiente se présente avec son époux aux services des urgences d'un Centre Hospitalier de la région parisienne. L'infirmière, en charge de l'accueil de ce service, prend les renseignements nécessaires et lui indique qu'un médecin va l'examiner, et lui précise qu'en ce début d'après-midi, il y a plusieurs heures d'attente.

Très rapidement, le mari de la patiente s'impatiente et réclame que son épouse soit reçue par le médecin des Urgences. Il va et vient à l'accueil, parlant fort, agressant l'infirmière. Celle-ci, au vue du comportement de cet homme, fait appeler l'agent de sécurité, qui mettra 20 mn à arriver.

Le mari de la patiente va manifester très rapidement une agressivité, non seulement verbale, mais également physique. Il va s'emparer de l'imprimante située sur le bureau d'accueil des urgences et la lancer en direction de l'infirmière ; crée une vague de panique au sein de la salle d'attente.

L'agent de sécurité arrivant enfin, arrivera à maîtriser le mari. L'infirmière outre sa frayeur présentait plusieurs ecchymoses à l'épaule et au bras. Suite à de multiples agressions, la direction décida la mise en place d'un agent de sécurité dans le service.

## La violence continue de s'introduire au cœur de l'hôpital aux dépens des professionnels de santé

### La violence continue de s'introduire au cœur de l'hôpital

Elle se manifeste de plus en plus régulièrement à l'égard des professionnels de la santé et du secteur médico-social. Les assureurs de ces établissements avaient déjà pu relever pour 2009, à partir des agressions commises envers des personnes, le nombre de celles ayant fait l'objet d'une déclaration auprès de leurs services et d'une plainte au pénal. La SHAM (Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle), qui assure la majorité des établissements publics hospitaliers, a ainsi pu constater par rapport à 2008 une augmentation de plus de 25%. La majorité d'entre elles relevant de violences physiques (80% contre 70% en 2008) suivies des injures ou menaces (13%).

### Une meilleure collaboration entre les établissements de santé, les forces de l'ordre et l'autorité judiciaire

Le protocole santé-sécurité entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur qui favorise une meilleure collaboration entre les établissements de santé et les forces de l'ordre, a permis la désignation de référent dans les hôpitaux et le dépôt de plaintes facilité pour les professionnels victimes de violences. Par ailleurs les établissements ont la possibilité de bénéficier d'un diagnostic de sécurité. A l'initiative de l'Observatoire National de la Violence Hospitalière (ONVH), ce protocole a été actualisé en juin 2010, associant le Ministère de la Justice.

L'autorité judiciaire prend en compte plus fréquemment ces agressions, y compris les injures et les menaces. Si les délais de traitement ont tendance à s'allonger (les procédures étant forcément plus longues lorsqu'il y a violence physique), les condamnations prononcées traduisent clairement le désir des Parquets de poursuivre les auteurs de violences commises contre des personnes chargées d'une mission de service public, exercée dans un environnement humain douloureux et difficile.

La perception par les établissements de ce relais judiciaire est particulièrement favorable sur les esprits et sur le fonctionnement des services. Les agents victimes en subissent souvent un traumatisme sérieux qui peut gagner toute une équipe. A cet égard, les urgences témoignent, selon les établissements et les situations rencontrées, d'un malaise que dissipe avec difficulté le professionnalisme dont font pourtant preuve leurs personnels, exposés quotidiennement à ce type de risque. Ces unités, pour cette raison, sont au premier plan dans la mise en place, par de nombreux établissements et leur direction, de procédures d'accompagnement des victimes et de gestion des situations de violence. Ces procédures, qui s'inscrivent également dans le champ préventif, associent étroitement, souvent en concertation avec des autorités extérieures - justice et police - la médecine du travail et les représentants du personnel, au sein de groupes dédiés à ces problématiques et relevant du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail).

### Menaces de mort contre un anesthésiste

Mademoiselle K., 16 ans, est victime d'un accident de la voie publique. Après intervention rapide du SAMU sur les lieux, elle est admise dans le service des urgences médico-chirurgicales du Centre Hospitalier le plus proche, pour la prise en charge d'un traumatisme thoraco-abdominal complexe. Une intervention chirurgicale est décidée sans délai, compte tenu des blessures sévères de la patiente. Malheureusement, Mademoiselle K. est victime d'une complication rare mais redoutable de l'anesthésie qui a pour effet d'entraîner une détresse respiratoire sévère nécessitant une prise en charge immédiate en réanimation. Les suites sont longues et parfois compliquées, mais Mademoiselle K. survit sans dommages en dehors de ceux en lien direct avec l'accident.

Néanmoins, les parents de Mademoiselle K. extrêmement choqués par la survenue de cette complication ayant menacé la vie de leur fille estiment que la responsabilité de l'anesthésiste doit être engagée. A ce titre, ils s'en prennent violemment au corps médical et à la direction du Centre Hospitalier, préférant même des menaces de mort. Toutes les tentatives de rencontres à des fins d'explications, ayant été écartées par les parents de Mademoiselle K. la direction de l'établissement saisit le Pôle Santé du Médiateur de la République.

Dans un premier temps, l'équipe médicale du Pôle Santé s'entretient avec le médecin médiateur de l'établissement ainsi que l'anesthésiste mis en cause, afin d'analyser les circonstances de survenue de cette complication et les facteurs qui y ont concouru. Puis le Pôle Santé se rapproche des parents de Mademoiselle K. pour parvenir à rétablir un dialogue dépassionné avec l'établissement et à organiser une rencontre avec le médecin médiateur, souhaitée par la direction.

Après plusieurs entretiens avec les parents, ceux-ci acceptent de rencontrer le médecin médiateur de l'hôpital. Ce dernier parvient à leur faire comprendre le caractère inévitable de l'événement médical.

## L'accès au dossier médical du patient et de ses ayants droit : une double difficulté est à signaler

La première n'étant que rarement soulevée par le plaignant. Il s'agit du délai de huit jours dans lesquels les informations demandées doivent être communiquées lorsqu'elles concernent une hospitalisation datant de moins de cinq ans. Ce délai est rarement respecté, du fait, en particulier, de difficultés que rencontrent la plupart des établissements dans la gestion de ces demandes. Ce délai est illusoire et crée des déceptions et frustrations supplémentaires. Un projet de réforme a été proposé au Ministère de la Santé.

### Rétention du dossier et médical

Début 2008, Monsieur M. a été traité pour un lymphome par chimiothérapie et radiothérapie. Il était suivi par un Oncologue, Docteur C. dans une polyclinique de Province. Courant 2009, Monsieur M. une fois la rémission obtenue, a repris une vie professionnelle normale et a déménagé dans une autre région. Début 2010 il a présenté une récurrence de sa pathologie et a dû être soigné dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de sa ville. Le nouvel Oncologue qui l'a pris en charge lui a demandé la communication de sa prise en charge médicale de 2008 dans la polyclinique.

Monsieur M. a adressé un courrier à la direction de la polyclinique afin d'obtenir la copie de son dossier médical, comme le prévoit la loi. La direction de la polyclinique a informé Monsieur M. que le Docteur C. avait quitté l'établissement en emportant les dossiers de ses patients avec lui. Monsieur M. a donc adressé un courrier au Docteur C., lui demandant la communication de son dossier. Le Docteur C. a répondu à Monsieur M. que c'était le centre de radiothérapie qui était le seul dépositaire de son dossier et qu'il pouvait s'adresser au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour faciliter sa transmission.

Le Pôle Santé, Sécurité des Soins saisi par Monsieur M. s'est rapproché du CHU, du CNOM, et du centre de radiothérapie. Tous ont confirmé que le Docteur C. était effectivement en possession du dossier, qu'il avait d'ailleurs reçu en main propre en présence d'un membre du Conseil de l'Ordre et d'un Huissier de Justice. Ces tergiversations se sont poursuivies pendant des mois. Pendant ce temps, l'Oncologue du CHU n'a eu d'autre choix que de reprendre les investigations et d'appliquer une nouvelle chimiothérapie sans avoir connu les résultats de la première. Cette perte de temps a provoqué chez le patient et son épouse une angoisse majeure, une colère et un sentiment de suspicion. Ainsi, le Pôle Santé, Sécurité des Soins a convaincu le Docteur C. de sa mauvaise foi, qui a fini par adresser quelques jours plus tard le dossier médical à Monsieur M. Les raisons d'une telle rétention sont à ce jour inconnues.

La seconde tient au contenu de la réponse lorsqu'elle s'adresse, notamment après le décès du patient, à ses ayants droit. Trop de plaintes évoquent l'insuffisance de ce contenu, alors même que les demandes se sont inscrites dans le cadre de l'un ou de plusieurs des motifs ouvrant droit, en leur faveur, à cette communication (connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir leurs droits). L'art L.1110-4 du Code de la Santé Publique précise bien, au demeurant, que « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit* ». Mais le texte ajoutant que ne sont communicables que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par les ayants droit, ceux-ci divergent trop souvent avec l'autorité médicale responsable du tri dans l'appréciation du contenu à leur communiquer. S'ensuivent des contestations qui auront d'autant plus tendance à s'exacerber que, trop souvent, le refus opposé à l'ayant droit n'est pas motivé, ainsi que le prévoit la réglementation.

Une double initiative pourrait se révéler bénéfique à l'évolution de cette situation :

- La première serait de donner un caractère directif à un courrier du 27 Mars 2007 de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), alors Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) qui invitait l'ensemble des établissements de santé à désigner en leur sein un *représentant chargé d'instruire les plaintes relatives aux communications de dossiers médicaux*. Les établissements ayant donné suite à cette recommandation, notamment par la désignation d'un médecin en tant que référent, ont constaté, de fait, une diminution de ce type de plaintes, traitées souvent avec succès dès leur manifestation. Dans un ordre d'idées voisin, on ne saurait du reste, trop recommander, la création, lorsqu'elle est possible, d'une cellule orientée vers la communication des dossiers médicaux, au sein d'un service dédié à leur centralisation et à leur archivage.

- La deuxième initiative est plus ambitieuse puisqu'il s'agirait de faire intervenir le législateur et de compléter la Loi du 04 mars 2002 pour lui faire préciser le contenu minimum d'une communication sollicitée par un ou plusieurs ayants droit en fonction du ou des motifs qu'ils invoqueraient et qui auraient été reconnus comme légitimes. Cela éviterait de trop vagues « certificats médicaux » sur les causes d'un décès, par exemple sans être contraint - ce que, très justement, le texte veut éviter - de communiquer un dossier dans son intégralité. On détaillerait ainsi avec plus de discernement

et en fonction des besoins allégués, les pièces devant a minima, être communiquées parmi celles établies à l'entrée et au cours de l'hospitalisation du patient et celles relevant de la fin de son séjour.

## Les dérives de l'information en ligne

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins a pu constater que les nouvelles technologies de l'information qui prétendent faciliter la communication finissent parfois par la couper, elles ne sont plus un outil, elles sont une barricade, un obstacle de plus à la relation soignant/soigné. La recherche d'information médicale sur internet illustre ce constat : le « patient surinformé » se bâtit son diagnostic à partir d'un savoir qu'il ne maîtrise pas et qu'il construit lui-même à partir de bribes d'informations issues des forums, blogs...

Certains citoyens partagent des données médicales personnelles par l'intermédiaire de blogs et réseaux sociaux. Les possibilités de subtilisation ou de captation de ces données existent en raison du manque de sécurisation des connexions internet (virus, chevaux de Troie, piratage de l'ordinateur). La crainte persiste que des données personnelles puissent voyager via Internet, qu'elles puissent être récupérées par exemple par des assureurs ou des employeurs potentiels.

## Les structures de médiations locales : des efforts notables et des résultats attendus concernant leur visibilité

Dans la résolution des différends pouvant opposer un établissement à ses patients, la médiation tend à devenir le point de passage obligé que le législateur a voulu instaurer par la Loi du 04 mars 2002 et le Décret du 02 mars 2005. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) est l'instance de premier recours susceptible de l'examiner et, le cas échéant, de la résoudre. En s'appuyant sur le travail et l'esprit d'engagement des médiateurs, l'implication des directions en ce sens est souvent réelle, dans le souci d'éviter la dérive contentieuse et la conviction que le travail de ces commissions peut-être un levier à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Afin de se positionner comme recours systématique à l'examen des anomalies, il reste aux établissements à valoriser ces commissions. Les rapports d'activité, y compris ceux des établissements les plus importants, révèlent en effet un décalage entre le traitement proprement dit des réclamations, et leur application effective dans les services.

On peut également déplorer l'absence relative de statistiques permettant d'opérer, au moins entre établissements de même nature et de taille comparable, des comparaisons pertinentes, à la fois sur le nombre de réclamations, rapportées à l'activité, sur celui des médiations mais également sur leur nature. On doit regretter, de ce point de vue, que de nombreux établissements ne soient pas encore en mesure de les répertorier suivant la classification proposée par la Direction Générale de l'Organisation des Soins. Les efforts du secteur associatif, en faveur d'une harmonisation des fondements et des pratiques de traitement de la plainte ou de la médiation et sa réflexion sur les résultats sont tout à fait louables. Cependant, cela ne saurait exonérer les pouvoirs publics d'une intervention ciblée et soutenue en ce sens, qui pourrait être portée par les Agences Régionales de Santé.

### Zoom sur le compte rendu de médiation

L'article R.1112-94 du Décret 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge prévoit que, « dans le délai de huit jours, suivant la séance (de la commission), le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission... ».

P3S a pu constater la réticence pour de nombreux établissements à communiquer à l'auteur de la plainte ou de la réclamation le compte-rendu de la médiation dont il a été l'objet et l'avis de la commission, si elle a été jugée utile. Le Médiateur de l'établissement est souvent lui-même à l'origine de cette position en arguant de l'effet restrictif d'une telle transmission sur sa liberté d'analyse et de proposition. Ces arguments ne sont pas sans pertinence dans un nombre limité de cas, relevant par exemple du champ psychiatrique. Cependant ils ne paraissent pas suffisamment convaincants pour s'exonérer, dans tous les autres cas, d'une obligation que le législateur a voulu poser dans le souci de donner tout son sens à la médiation. Celle-ci doit en effet se construire, dans l'équilibre de la relation, avec autant de transparence que d'écoute.

## TÉMOIGNAGE

### Plaidoyer pour un nouveau statut des représentants des usagers

#### Monsieur Eugène DANIEL, Président du CISS Ile-de-France

Le représentant des usagers de CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge) dispose de droits mais aussi d'obligations.

**Pour les droits :** l'accès aux plaintes et réclamations non anonymisées (représentant des usagers soumis au secret professionnel), l'accès aux suites données aux réclamations, l'information et le conseil aux usagers, la participation à l'efficacité de l'accueil et de la qualité de la prise en charge, formuler des recommandations, participer à la gestion des risques et être force de proposition.

**Pour les obligations :** être disponible (le cumul des mandats étant préjudiciable pour son efficacité), être à l'écoute des usagers et des professionnels de santé, assister aux réunions, accepter d'être contacté directement par les usagers et les professionnels de l'établissement, respecter le règlement intérieur de la CRUQPC et celui de l'établissement, assurer sa mission dans le respect de tous les acteurs de l'établissement.

#### Dans la pratique, les choses ne sont pas aussi simples que cela.

La démocratie sanitaire relativement jeune, nécessite pour le représentant des usagers (bénévole), un investissement en temps et en moyens, que la loi n'a pas précisément prévue. On assiste à une « professionnalisation » du représentant des usagers, les missions confiées étant de plus en plus nombreuses et techniques face à une attente croissante des usagers, en matière d'information et d'écoute difficilement compatible avec le statut réglementaire actuel. Ne faudrait-il pas envisager un nouveau statut calqué sur celui des délégués syndicaux lui assurant son indépendance ? La question est posée.

Au sein de l'établissement, Le représentant des usagers est souvent considéré comme imposé par les tutelles. Il est méconnu et non reconnu par les usagers et un grand nombre de soignants (sans oublier les élus politiques). Il fait parfois office de potiche au sein de la CRUQPC. Le représentant des usagers conserve à tort une image négative chez les professionnels de santé, d'où la tentation de limiter son action (horaires de réunions arbitraires, moyens matériels inexistant, déstabilisation par l'utilisation d'un langage technique médical...). A contrario, le comportement même du représentant des usagers en CRUQPC peut être un frein à sa mission. Il doit prendre de la hauteur avec le recul nécessaire à l'étude des plaintes et réclamations. Il n'est pas le poil à gratter de l'établissement. Il doit aussi éviter tout prosélytisme associatif ou s'arrêter sur son cas médical personnel. Il doit éviter les situations conflictuelles vis-à-vis des professionnels de l'établissement. S'il doit veiller au respect des droits des usagers et savoir être critique au sens philosophique du terme, c'est toujours dans un but constructif. Il reste le levier du changement avec pour objectif l'efficacité de la qualité de la prise en charge. Il ne pourra réussir que s'il est en capacité de rassembler et non de diviser. A lui de porter la culture de l'erreur et non celle de la faute.

Face à un dysfonctionnement (événement indésirable), il ne s'agit pas de montrer du doigt un soignant voir une équipe, mais de rechercher la cause de l'erreur pour trouver le remède. D'où la nécessité d'être formé pour aborder ses missions avec sérieux...

Pour permettre au représentant des usagers d'être connu et reconnu, il faut sortir de ce schéma qui consiste à s'opposer les uns aux autres. Privilégier les actions coopératives. D'où la nécessité d'un changement d'esprit, tant du côté des professionnels de santé, que des représentants des usagers. Le manque de communication entre soignants et soignés, le silence souvent volontaire des Professionnels de santé suite à un dysfonctionnement génère de la défiance pour l'utilisateur jugé souvent comme du mépris. D'où la tentation de judiciaire et médiatiser le dysfonctionnement. Or, l'utilisateur a besoin de confiance et non de défiance. Le besoin d'explications, de concertation, de bienveillance, de compréhension et de regrets voir même d'excuses, étant essentiel. La Médiation prévue dans l'établissement, est un outil important dans la résolution des conflits. Le rôle du représentant des usagers est d'éviter ces conflits, voir les stopper, grâce à son accessibilité directe. La relation représentant des usagers et médiateurs de l'établissement est bien entendu primordiale. Le représentant des usagers ne pouvant s'y substituer n'étant ni médecin ni soignant, et surtout non formé à la médiation. Le représentant des usagers de CRUQPC reste donc la ressource naturelle de communication au sein de l'établissement. Sa capacité à pacifier les relations entre soignants et soignés apportera une sérénité certaine pour tous les acteurs au sein de l'établissement.

## L'application du principe de laïcité à l'hôpital

La charte de la personne hospitalisée exprime clairement que « l'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'actions et d'expression, rites funéraires...) ».

En milieu hospitalier, les points de friction sont plus religieux que culturels. Il est rare qu'une patiente demande à changer d'infirmière pour une simple question d'âge. En revanche, les croyances religieuses des patients s'avèrent parfois difficiles à concilier avec la pratique médicale. Le personnel doit souvent s'adapter à certains rites (remettre à plus tard des soins parce que le malade doit faire sa prière, reporter des prises de sang parce que le patient observe le ramadan, refus de certaines patientes d'être examinées par un homme ou de se dévoiler voire de se déshabiller).

Le Médiateur de la République recommande la mise en place de référents entre les établissements de santé et les différentes obédiences, afin de chercher la fluidité entre les convictions des uns et les règlements des autres.

Il a été rapporté à P3S l'existence d'un fait nouveau : le port, par le personnel soignant, de signes religieux ostensibles alors que la liberté d'expression et d'action selon les croyances religieuses des personnels est fortement restreinte depuis la circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

## Le droit de «laisser mourir»: une loi méconnue

### TÉMOIGNAGE

Dr Bernard ABRY, Médecin Anesthésiste-Réanimateur

La loi LEONETTI, votée en avril 2005, est malheureusement connue grâce ou à cause de sporadiques et tapageurs étallements médiatiques, souvent orchestrés par les partisans de l'euthanasie à l'occasion de drames humains surexploités. Les familles, proies faciles, dans la douleur extrême, sont alors appelées à témoigner de la nécessité imminente de légaliser l'euthanasie.

Ainsi, quand vous posez la question autour de vous : «Connaissez-vous la Loi LEONETTI ? » ; la réponse est le plus souvent : «Ah oui, la loi sur l'euthanasie !».

Dans la vraie vie, pas celle des étranges lucarnes ou des revues de salon de coiffure, on ne meurt plus chez soi, veillé par les siens ou végétant dans un coin discret de la pièce commune : on meurt dans les établissements hospitaliers dans une surenchère de moyens.

Les médecins, dont le devoir et la vocation est de soigner souvent dans la crainte de poursuites, n'hésitent pas à mettre en œuvre les techniques dont ils disposent et à faire bénéficier les patients des données acquises de la science, comme le recommande le Code de Déontologie. Or le malade n'est pas une maladie, il est un être souffrant d'une maladie dans un contexte familial, social, traditionnel, philosophique et parfois religieux.

### Doit-on nécessairement faire ce que l'on sait faire ?

La loi LEONETTI apporte une réponse législative à cette interrogation, renforce les droits des malades et accorde des droits spécifiques aux patients en fin de vie sans pour autant légaliser l'euthanasie. Elle laisse, par ses ambiguïtés, une place à la conscience morale. Sa connaissance ne devrait pas être le privilège des unités de fin de vie mais devrait être étendue à l'ensemble des praticiens et des soignants ainsi qu'aux familles ; puisque la fin de vie, totalement médicalisée, d'une affaire de famille est devenue une affaire de l'Etat.

Qui connaît l'existence de la personne de confiance et son rôle ? Qui connaît les directives anticipées ? Il est temps que s'installe un dialogue du respect entre les hommes soignants et les hommes soignés.

Le Pôle Santé du Médiateur de la République a sans nul doute un rôle à jouer dans la diffusion de cette Loi qui, le jour venu, nous concernera tous.

## Un pronostic vital rejeté par les parents d'un bébé prématuré

Madame B. a mis au monde, au Centre Hospitalier X., un petit garçon né prématurément, à 26 semaines, dont l'état s'est rapidement compliqué d'une hémorragie cérébrale intra-ventriculaire particulièrement grave.

L'équipe médicale du service de réanimation néonatale a informé, à plusieurs reprises, les parents que leur enfant présentait de très graves lésions cérébrales et qu'il poursuivait « *sa vie biologique avec des battements de cœur, des mouvements respiratoires, parfois des mouvements de déglutition alors que le cerveau ne commandait plus rien.* »

Dans cette situation dramatique où le pronostic fonctionnel était trop défavorable, l'idée de s'abstenir de soins intensifs ou de pratiquer un retrait thérapeutique a été d'emblée présente. Une telle décision, si elle devait être prise, s'est appuyée sur une argumentation discutée collégalement avec l'équipe soignante et la famille, exposant, notamment, que les actes d'investigation ou de soins ne devraient pas être poursuivis par une obstination déraisonnable.

Si le cadre collégial dans lequel s'inscrit cette réflexion a permis de faire émerger un accord raisonnable pour évaluer l'opportunité de ne pas entreprendre ou de suspendre des traitements, le questionnement s'est compliqué, lorsque la famille s'est opposée violemment à cette décision, la jugeant insupportable.

L'équipe de réanimation néonatale ainsi que la Direction de l'établissement, craignant une escalade dans l'incompréhension, a demandé le soutien du Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République, en raison de la complexité de la situation liée, d'une part, à la rupture du dialogue avec la famille et, d'autre part, à la difficulté d'assumer la décision de ne pas réanimer le nouveau-né.

Une médiation conjointe, à l'initiative du Pôle Santé, avec le Chef de Service de Réanimation Néonatale du Centre Hospitalier X. et la famille a permis d'organiser le transfert de l'enfant vers un service de réanimation néonatale d'un autre établissement de soins et de créer les conditions d'un apaisement de la famille.

Le sentiment de culpabilité qui risque d'être ressenti à l'issue d'une décision d'arrêt de traitement est très fort. La famille ne peut ni porter la responsabilité de la décision ni en être exclue. Trop d'implication créerait une culpabilité et un risque de deuil pathologique.

## Méconnue des soignants, et encore plus des familles

La loi Leonetti de 2005 donne un cadre réglementaire au fait de «laisser mourir» un patient en fin de vie. Son contenu reste encore relativement méconnu des familles et des soignants, et des actions sont menées dans les établissements de santé pour mieux l'appréhender. Au cours de l'année, le Pôle Santé et Sécurité des Soins a été destinataire de près d'une cinquantaine de témoignages qui ont permis de faire le même constat : les principales dispositions de la loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie sont souvent ignorées ou mal comprises et ne sont, en conséquence, pas ou insuffisamment appliquées. Méconnue des professionnels, la loi l'est tout autant des malades et de leurs familles.

## Une nuance délicate entre «laisser mourir» et «faire mourir»

Alors que nul ne conteste le caractère bénéfique des soins palliatifs, il ne semble pas toujours facile pour les soignants d'identifier, d'une part le moment où ils peuvent être mis en place, et d'autre part, l'entrée dans la phase terminale de la maladie. De même, il n'est pas toujours simple d'apprécier quelle est la véritable nature de la demande. Et la frontière peut sembler mince entre une demande de «laisser mourir», en vertu de l'interdiction de l'obstination déraisonnable, et une demande de «laisser mourir» dans le but d'en finir et donc de «faire mourir». Tout apparaît dès lors comme une question d'appréciation, de perception, laissant une place immense à la subjectivité. Plusieurs médecins nous ont fait part de leur crainte d'être suspecté de pratiquer l'euthanasie. À l'inverse, la conséquence peut être, parfois, la mise en œuvre d'un traitement proche de l'acharnement thérapeutique, contraire au principe de la loi.

## Personnes de confiance et directives anticipées

Trop peu de personnes de confiance sont aujourd'hui désignées. La définition même de la personne de confiance semble mal comprise pour nombre d'usagers et de professionnels de santé, son positionnement étant davantage identifié comme relevant de la sphère administrative, d'où les inévitables confusions avec la personne à prévenir.

Les directives anticipées ont aussi été créées pour entendre les dernières volontés des patients et pourtant, peu d'entre eux sont informés de la possibilité d'écrire leurs souhaits de fin de vie. De plus, les professionnels sont méfiants vis-à-vis de la formulation de ces directives anticipées, qui sont souvent générales, et qui peuvent être rédigées par une personne en bonne santé, ne reflétant pas forcément son état d'esprit, si elle devait être en phase avancée d'une maladie grave.

## Une décision médicale avant tout

Le principe qui commande l'ensemble de la procédure de prise de décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement est qu'il s'agit d'une décision d'ordre médical : la décision fait l'objet d'une délibération de l'équipe soignante, puis elle est prise par le médecin responsable du patient. La spécificité de cette procédure est qu'elle consacre aussi les droits du malade. La décision prend en effet en compte les souhaits que le patient a pu exprimer dans des directives anticipées, l'avis de la personne de confiance que le patient a pu désigner, l'avis de la famille ou à défaut celui de ses proches. En revanche, le maintien du patient à domicile, en particulier dans les zones à démographie médicale de faible densité, rend plus complexe l'organisation d'une collégialité de la décision.

### Privé d'adieux de ses proches

Le Médiateur de la République a été contacté par une famille qui avait le sentiment que l'équipe médicale du Centre Hospitalier où était décédé l'un de ses proches lui avait volé son droit de lui dire adieu.

Monsieur C. a subi à deux reprises une intervention chirurgicale en raison d'une tumeur du cerveau. Les suites ont été marquées par une paralysie définitive mais incomplète de la moitié de son corps. Après plusieurs années sans événement notable, Monsieur C. a présenté des troubles aigus de la conscience. Une hémorragie intracérébrale a été diagnostiquée. Après la tenue d'un staff multidisciplinaire, l'équipe chirurgicale a jugé qu'aucune intervention n'était réalisable et Monsieur C. a été transféré dans un centre de rééducation, alors que son état neurologique s'aggravait. Ce transfert a été décidé sans que, d'une part, le patient ait été informé d'une fin de vie probable et sans que, d'autre part, le médecin du centre ait été informé d'un pronostic fatal possible. Monsieur C. est décédé quelques jours après son admission dans cet établissement dédié à la rééducation fonctionnelle. L'absence d'information du patient par les professionnels de santé l'a empêché de pouvoir disposer de cette dernière partie de vie et d'accéder à des soins palliatifs adaptés. La famille, non informée également, n'a pas été préparée pour faire face à la souffrance infligée à leur proche.

Après avoir analysé le dossier médical du patient, le Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République, a décrété qu'un certain nombre de défauts de communication entre les équipes médicales et la famille avaient eu lieu. Avant toute chose, il a donc commencé par restaurer un dialogue entre les parties.

Mais le fait que la décision n'appartienne qu'au médecin ne peut-elle pas poser certaines difficultés ? Ne laisse-t-on pas penser que le malade a des droits, alors qu'en réalité le médecin peut prendre une décision contraire à la volonté exprimée par l'intermédiaire de la personne de confiance et les directives anticipées ? Ces questions illustrent toute la difficulté de légiférer sur des sujets aussi sensibles.

## L'usure des professionnels : l'hôpital sous haute tension

Les personnels et les patients sont pris dans un « mouvement brownien » permanent. Celui-ci est probablement lié à un enchaînement de phénomènes entraînant une tension qui se durci. Certaines des causes en sont connues. Elles relèvent, au moins dans certains services et sur le socle d'une démographie souvent vieillissante, d'un accroissement continu de la charge de travail auquel, en termes de moyens, la réponse est rendue budgétairement difficile. Placés, aujourd'hui plus que jamais sous contrainte budgétaire, les établissements témoignent d'efforts qui trouvent rapidement leurs limites, y compris auprès des catégories soignantes, les plus touchées par le phénomène.

En effet, les possibilités de redéploiement interne se heurtent souvent à des résistances, même lorsqu'elles prétendent s'appuyer, ce qui est fréquemment le cas, sur l'examen objectif des charges en cause et des indices d'activité. Ces résistances sont d'autant moins faciles à lever qu'il y a peu de secteurs, dans un établissement, dont le redéploiement des effectifs puisse aisément s'envisager.

A ce constat sur la charge, s'ajoute celui des conditions de travail. Elles sont marquées par un rapport au patient et à ses proches, rendu plus difficile en raison du niveau d'exigence générale. Les services d'urgences rencontrent fréquemment cette situation où stress et charge de travail nourrissent l'épuisement des professionnels.

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins a pu constater, qu'autour de leur service de médecine préventive et d'une direction des ressources humaines sensibilisée à la question, certains établissements ont su mettre en œuvre un dispositif d'écoute et de prévention, très normalement orienté vers un traitement personnalisé du problème. Les possibilités de réaffectation des agents épuisés, par exemple, y sont plus fréquentes, parallèlement à une politique ciblée de formation et à une réflexion collégiale sur les pratiques et les méthodes. Outre des groupes de travail spécialement dédiés, les Comités d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) se veulent actifs dans ce domaine, notamment au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

La situation est plus difficile à gérer dans les établissements moins importants, particulièrement les plus petits. Une impulsion extérieure paraît indispensable à la diffusion de l'information, l'organisation de la formation, à l'harmonisation des pratiques ou l'accompagnement des personnes. Sous l'égide et le contrôle des ARS, le cadre d'une communauté hospitalière de territoire pourrait être bien adapté à cet objectif.

## TÉMOIGNAGE

**Docteur Laurent Jouffroy, président de la Société française d'Anesthésie et de Réanimation**

*«Un être humain digne de ce nom se reconnaît à sa compassion, sa générosité et sa bienveillance.» Ostad ELAHI, 100 Maximes de Guidance, Laffont édit.*

Quels que soient les très importants progrès réalisés en termes de sécurité anesthésique, l'accident médical reste une éventualité à laquelle tout anesthésiste doit s'attendre à être confronté et ce, dès le début de sa carrière. Lorsqu'il survient, l'accident médical va immédiatement projeter l'anesthésiste face à une réalité exigeante qui lui impose un comportement sans faille. Il faut d'emblée qu'il s'attache à protéger le patient des conséquences de l'accident et éviter que celui-ci ne se reproduise ; il faut ensuite qu'il se soumette à l'épreuve difficile d'écriture du rapport des faits le plus détaillé possible ; il faut enfin qu'il se rapproche du patient et de ses proches afin d'expliquer les faits. Même averti, même préparé, en cette période de stress, l'anesthésiste va devoir faire preuve de lucidité, de sang froid, de précision, d'objectivité, de sincérité, de professionnalisme. D'humanité. Pouvoir raison garder est une première épreuve bien difficile dans un environnement qui n'y est alors pas forcément favorable.

Vient ensuite cette phase secondaire qui comporte le risque d'isolement de l'anesthésiste qui peut se retrouver à devoir faire face à lui-même, face à ce questionnement qui va mêler les notions d'erreur et de faute, de coupable et de victime. Il va devoir aussi faire face aux «autres», les autres membres de l'équipe, ou le patient et ses proches. Ne pas culpabiliser est une seconde épreuve tout aussi difficile.

C'est pourquoi, la nécessité d'accompagner le professionnel pour surmonter ce type d'événement est hautement souhaitable. Que cet accompagnement soit à l'initiative de l'équipe ou de l'établissement, ou qu'il soit porté par une institution externe comme sait le faire le Pôle santé du Médiateur, nous ouvrons là une perspective de démarche de pratique éthique au quotidien qui se doit d'être rationnelle et concrète. Une démarche non moralisatrice qui se veut efficace. Une démarche qui se fonde sur cette règle d'or de l'éthique : «Se mettre à la place de l'autre». Ce qui oblige à être attentif à l'autre qui est en souffrance. A imaginer ce que peut ressentir l'autre, s'interroger quant à ses attentes et ce afin de trouver le comportement, les paroles, les gestes les plus justes face à cet autre en difficulté. Écouter. Et surtout ne pas juger. Jamais. Agir dans son intérêt légitime comme on agirait dans son propre intérêt. Cette démarche, qu'elle soit individuelle ou collective, est assurément porteuse de progrès social.

## Engorgement des urgences : des problématiques persistent

Une proportion croissante de personnes âgées est orientée vers les services d'accueil des urgences faute de réponses adaptées en amont de l'hôpital (permanence des soins non assurée). Une telle situation a forcément des conséquences sur l'organisation du service d'accueil des urgences. En effet, s'agissant de personnes parfois difficiles à interroger, qui n'ont pas toujours de dossier médical avec elles, cela se traduit souvent par une augmentation significative de la charge de travail du personnel médical pouvant même aboutir à des retards de prise en charge avec des conséquences potentiellement graves.

Globalement, le recours aux services d'accueil des urgences, toujours plus important, par des patients en situations précaires (personnes âgées isolées mais aussi patients alcooliques, patients sans domicile fixe,...) impacte fortement le temps que les soignants devraient consacrer aux seuls soins. Dans certains cas, cette population est plus agressive et moins compliant aux soins. Une telle situation est particulièrement difficile à vivre pour certains professionnels de santé et peut aboutir à une réelle usure psychologique.

Par ailleurs, le Pôle Santé et Sécurité des Soins a pu constater que, pour une autre partie de la population amenée à consulter pour des soins, le recours aux services d'accueil des urgences relève d'abord de comportements consuméristes. Ceux-ci se traduisant par la nécessité ressentie d'obtenir une prise en charge immédiate, leur permettant, d'une part, de surseoir à une attente trop longue (proposée par le médecin généraliste qui est le plus souvent débordé par son activité) et, d'autre part, d'obtenir des soins dont la gratuité n'est pourtant qu'apparente.

L'installation de maisons médicales de garde, souhaitée par le Ministre de la Santé, dans des établissements de soins disposant d'un service d'accueil des urgences devrait répondre à ce besoin de « désengorger les services d'accueil des urgences » encombrés de patients dont l'état de santé aurait justifié une prise en charge ambulatoire.

## Revoir les notions de responsabilité des personnels pour promouvoir la valeur du signalement

Le signalement d'un événement indésirable grave (EIG) a un impact positif sur la prévention, il empêche sa répétition sur un mode plus sévère. L'analyse d'un accident grave, révèle souvent des antécédents moins graves. **Signaler doit se faire dans une relation de confiance, d'autant que l'auteur final de l'erreur n'est souvent que le dernier maillon de la chaîne.**

Or, le signalement en France est encore attaché à la notion de faute dont découlent des sanctions du personnel incriminé. Il doit être sans corrélation avec toute démarche de sanction (dans un contexte où 80% des dysfonctionnements impliquent le facteur humain).

Il convient de mettre en place une réflexion, commune et partagée entre professionnels, pour comprendre dans les suites directes d'un accident grave, ce qui s'est passé et initier sans délais des mesures correctives. L'organisation de ce retour d'expérience qui découle d'un signalement, permet de tirer des enseignements afin d'éviter la reproduction des erreurs. **Les enquêtes doivent donc porter sur les causes et non sur les personnes.**

La peur et la répression ne doivent pas dominer les débats, mais bien la transparence et la concertation. La première chose à faire à la suite d'un accident, est donc l'identification des peurs. La première peur d'un signalant est liée à sa propre implication dans l'accident qu'il déclare. Cette peur peut engendrer évidemment la clandestinité, la communication partielle ou tronquée, voire la non-communication des informations. Finalement, on ne saura rien de cet accident et on ne pourra en tirer aucun enseignement.

**Il y a donc une vraie réflexion à mener, quant à la protection des « signa-lants » et à la valorisation du signalement** : un médecin, une équipe soignante signalant un événement indésirable grave continuent-ils à être soumis au même risque de sanction administrative ou judiciaire que s'ils s'abstenaient de cette déclaration ?

Citons l'exemple récent d'un jeune infectiologue qui a dû démissionner d'un établissement après avoir décidé de faire lui-même le signalement externe de trois cas d'infections à un même type de germe survenues dans le bloc opératoire et provoquées par un personnel atteint d'une infection ORL et n'ayant pas respecté l'obligation de port du masque. Une fois la source identifiée, la loi et la réglementation oblige l'établissement à signaler cet épisode au CCLIN. Pourtant, la direction et le président de la Commission Médicale d'Établissement ont exercé une pression sur ce médecin pour que celui-ci ne signale pas ces faits. Il l'a finalement fait après avoir démissionné.

**La protection des signalants est donc une question fondamentale, un préalable à toute démarche efficace de mise en œuvre d'une politique nationale de gestion des risques** dans les établissements de santé.

Déjà, en mai 2006, le Comité des Ministres du Conseil Européen, recommandait aux Etats membres, de promouvoir le développement d'un système de notification des incidents relatifs à la sécurité des patients, non punitif, juste dans sa finalité et conçu dans l'esprit d'une démarche volontaire, anonyme et confidentielle.

**Il s'agit donc que les enquêtes rétrospectives de recherche de causes soit entièrement anonymisées.** Le caractère anonyme de ces enquêtes doit concerner tant le nom des professionnels de santé impliqués que celui de l'établissement, et bien entendu l'identité du malade. Ceci garantira aux professionnels de santé que les conclusions de l'enquête ne puissent être exploitées dans une procédure contentieuse future.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de soustraire au risque de sanction administratives les professionnels de santé qui, à la suite d'un signalement, pourraient se voir reprocher des fautes professionnelles sanctionnables.

Allant plus loin, la participation volontaire et responsable d'un professionnel de santé à l'objectif de sécurité des soins ne devrait-elle pas être un élément positif à prendre en compte dans son évaluation ?

## Droits des patients psychiatriques : le désarroi des proches

### TÉMOIGNAGE

#### Les aidants familiaux de la psychiatrie : un modèle de médiation

##### Monsieur Jean Canneva, Président de l'Unafam (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques)

La spécificité de la psychiatrie est liée à la nature des troubles à caractère psychotique. Ce sont des pathologies du lien et de la liberté pour des personnes qui sont confrontées à des phénomènes parfois «imprévisibles», dont l'intelligence demeure vive le plus souvent. La souffrance psychique est intense. Elle isole jusqu'à provoquer des situations dramatiques d'abandon quasi-total. Tout l'effort des intervenants naturels ou professionnels consiste à «prendre soin» des personnes malades, en reconstituant des relations respectueuses de l'être humain en grande difficulté, tout en se protégeant soi-même pour rester disponible. Ces troubles touchent 1 % de la population.

L'association Unafam regroupe plus de 40 000 aidants familiaux, tous concernés par des troubles psychotiques graves en la personne d'un proche. Elle offre ses services d'aide et de formation à toutes les familles et aussi aux professionnels qui doivent faire face au dur combat que représente la confrontation avec les troubles psychiques sévères.

Depuis la fin des grands asiles, la psychiatrie se définit comme initiatrice des dispositifs et procédures qui doivent répondre efficacement aux besoins de personnes qui vivent désormais essentiellement dans la cité, dans un silence que l'on peut qualifier d'«assourdissant».

En effet, lorsqu'il s'agit de ces troubles sévères, « la personne qui ne demande pas que l'on prenne soin d'elle est souvent celle qui en a le plus besoin». Il en résulte trois obligations:

- celle de la continuité des soins et de l'accompagnement dans la longue durée, même si la personne n'est plus en état de demander,
- donc celle de la présence d'aidants de proximité sur cette même durée,
- celle de la nécessité de soutenir ces aidants « obligés».

C'est bien dans une perspective de «médiation» permanente que ces aidants de proximité interviennent. Ils ne cessent de faire le lien entre la personne malade, ses proches, les professionnels de la santé, ceux du secteur social, les administrations pour lesquelles il faut établir des dossiers, les fournisseurs de logements, éventuellement de protections juridiques ou d'activités, voire de travail. Des formations existent, en particulier à l'Unafam, permettant aux familles d'apprendre à «faire face».

Les aidants familiaux de la psychiatrie sont en permanence au cœur de l'humain dans ce qu'il a de plus mystérieux. La médiation est permanente, comme dans les phénomènes d'éducation. L'objectif final est bien de promouvoir des analyses partagées et des solutions acceptées par tous les partenaires. Dans le cas particulier de la souffrance psychique, le mécontentement est naturel et les échanges souvent terriblement pertinents. Pour ces aidants, il reste que le maintien de la relation, lorsqu'il a pu être obtenu au-delà de toutes les difficultés, est une source inépuisable de création éminemment humaine.

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République, a été fréquemment destinataire de requêtes et témoignages relatifs aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Les principales requêtes formulées par les usagers concernaient :

- Le déficit d'information sur l'état de santé et les droits lors d'une hospitalisation sans consentement.
- Les écueils rencontrés pour accéder au dossier médical ou au dossier administratif.
- Les difficultés éprouvées pour communiquer avec les autorités (Préfet, Juge, Procureur de la République) chargées de visiter les établissements de santé accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement.
- Le défaut d'attention portée à des plaintes somatiques et d'accès à des soins de qualité.

Concernant l'accès au dossier médical, la situation est sans doute variable d'un endroit à l'autre. Une partie sans doute non négligeable des psychiatres hospitaliers considèrent que, compte tenu de la spécificité de la psychiatrie, on ne peut traiter cette demande d'accès au dossier de soins comme clivée de la pathologie et de la prise en charge psychiatrique elle-même. C'est en tout cas la tendance qui s'observe dans les services qui ont le souci de parvenir à répondre à chacun des aspects de la relation qui se tisse avec le patient. Le résultat se traduit d'ailleurs par une demande relativement limitée d'accès au dossier, cette question étant abordée relativement facilement dans le cadre des entretiens réalisés entre le patient et l'équipe soignante. Si bien que l'essentiel des demandes, dans cette conjoncture, provient non pas du patient lui-même mais de l'entourage et pas toujours de l'entourage proche. Elle est alors limitée.

De plus, concernant l'accès aux soins somatiques pour les patients psychiatriques, la qualité est particulièrement variable d'un endroit à l'autre car il existe des médecins peu disposés à effectuer des efforts vis-à-vis de la maladie mentale. Ce cas de figure est de loin le moins fréquent mais il a pu être observé par le Pôle Santé et Sécurité des Soins. Dans la pratique, on peut noter une nette amélioration de ce mode de prise en charge par la présence d'un psychiatre aux urgences.

## Des prises en charge discriminatoires

- **Monsieur D., 46 ans**, souffre d'une psychose chronique de type schizophrénique et suit un lourd traitement antipsychotique qui lui occasionne périodiquement des troubles digestifs. Il est hospitalisé en secteur psychiatrique fermé depuis plusieurs années. Un matin, il se plaint, une fois de plus, de constipation justifiant la prescription par le médecin de garde d'un laxatif. Dans l'après-midi, son état général se dégrade rapidement. Il est transféré au service des urgences du centre hospitalier général qui a l'habitude de recevoir des patients psychiatriques.

À son admission, le patient est manifestement en état de choc septique et présente une importante diarrhée sanglante. Après un examen clinique sommaire et un bilan biologique minimaliste, il est hospitalisé dans le service des urgences sans examen d'imagerie ni exploration digestive. Seule une surveillance infirmière des paramètres vitaux habituels est requise. Aucun scope n'est installé. Dans la nuit, le médecin urgentiste constate une aggravation de son état de santé et une agitation pour laquelle il ordonne une contention physique. À 6h, Monsieur C. est dans le coma. À 11h, il décède.

La seule présentation clinique initiale de ce patient imposait son transfert, sans tarder, dans un service de réanimation. Le Pôle Santé a été saisi de plusieurs affaires comparables, posant la question d'une possible sous-évaluation des pathologies (troubles somatiques) urgentes chez les malades psychiatriques et les personnes en situation de handicap psychique. Si l'objectif est de réduire la surmortalité et la surmorbidity constatées, les moyens mis en œuvre doivent pouvoir répondre aux besoins de soins somatiques curatifs d'une population présentant certaines spécificités en termes de caractéristiques des pathologies, d'expressions des symptomatologies et de modalités de prises en charge. Le Pôle Santé a mené plusieurs médiations médicales en ce sens et a obtenu, auprès des établissements concernés, que la prise en charge des soins somatiques chez ces malades nécessite une approche globale et adaptée.

- **Monsieur C., âgé de 38 ans**, suivi pour une schizophrénie stabilisée, a présenté un syndrome confusionnel aigu et des troubles de l'équilibre sur la voie publique.

Il a été transféré par les gendarmes aux urgences médico-chirurgicales d'un centre hospitalier universitaire (CHU), puis orienté vers les urgences psychiatriques de cet hôpital. Le patient a été placé sous hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et hospitalisé en unité psychiatrique. Après cinq jours d'isolement, l'hospitalisation sur demande d'un tiers a été levée et le patient a pu sortir de l'hôpital.

Mais, de retour chez lui, il s'est plaint de céphalées et son entourage a constaté une paralysie faciale. Un scanner a alors été réalisé par son médecin traitant, mettant en évidence un hématome intracérébral, pour lequel Monsieur C. a été hospitalisé en neurologie pendant 15 jours. Il apparaît donc que le syndrome confusionnel n'était pas du à sa pathologie psychiatrique, mais à un hématome intracérébral dont le diagnostic a été fait tardivement. Le jugement des médecins des urgences a ainsi été influencé par les antécédents psychiatriques du patient.

La famille a contacté le Pôle Santé du Médiateur de la République, qui s'est rapproché de la direction du CHU et des équipes médicales concernées. Au terme d'une médiation médicale, le service des Urgences a mis en place une procédure de sécurisation de la prise en charge des patients admis aux urgences psychiatriques

## L'accès aux soins des détenus

### Un traitement vital interrompu

Lors d'une réunion d'information au quartier des arrivants d'une maison d'arrêt, un détenu insulino-dépendant fait part à la déléguée des difficultés qu'il avait rencontrées lors de son incarcération. Son état de santé lui impose de contrôler son taux de glycémie avec du matériel adapté, d'en prendre note pour ajuster la quantité d'insuline en fonction de l'évolution de ce taux. Lors de son incarcération il n'avait ni son matériel médical ni son insuline.

Il a vu le médecin attaché à la maison d'arrêt dès le lendemain de son incarcération, mais a dû attendre plusieurs jours avant d'avoir ces injections d'insuline alors que rester sans traitement présentait un risque majeur de coma diabétique.

Le service public hospitalier doit assurer les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. De nombreux textes et recommandations fixent ainsi les conditions dans lesquelles doit s'effectuer une prise en charge qui est précisée, localement, par des protocoles signés entre autorités concernées.

Ce dispositif a permis de clarifier les obligations respectives des établissements hospitaliers et pénitentiaires en rappelant par ailleurs que le détenu dispose des mêmes droits que tout autre patient, en termes de dignité et de non discrimination, d'information, de consentement, de secret et de confidentialité ou d'accès au dossier médical. S'il semble être parvenu, au fil des ans, à substituer à des rapports administratifs parfois complexes, une démarche plus partenariale, ce dispositif reste néanmoins perfectible. A titre d'exemples :

- les difficultés dans l'« extraction » de détenus justifiant d'une consultation spécialisée ou d'un examen médico-technique destinés à engager ou à poursuivre une investigation diagnostique. Les moyens d'accompagnement dont dispose l'autorité pénitentiaire ne sont pas toujours, dans des délais souhaitables, à la hauteur de ce besoin même s'ils paraissent être toujours mobilisables en cas d'urgence,
- la lenteur avec laquelle, souvent, les patients se voient dotés d'appareillages ou de prothèses auxquels ils peuvent prétendre : des lunettes dont le circuit passe par un service centralisé dépendant du Ministère de la Défense, des prothèses dentaires dont le coût, lorsqu'il en relève, est financé par l'autorité pénitentiaire dans des délais trop importants...

On ne saurait trop espérer, sur ces sujets, la signature de conventions spécifiques rapprochant localement les établissements hospitalier et pénitentiaire ainsi que des professionnels, opticiens, dentistes... De telles conventions existent déjà, ici ou là et contribuent sensiblement à l'accélération des procédures.

## L'expansion de pratiques non conventionnelles favorisant l'emprise mentale de patients et/ou de leur proche

P3S a constaté que de nombreux malades, ou leurs proches, qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité psychologique sont réceptifs à toute proposition qui pourrait leur apporter une solution « immédiate » à leur maladie et leur détresse. Certaines pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (décodage biologique, kinésiologie...) dénoncées, par ailleurs, par la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives sectaires (MIVILUDE) peuvent avoir des conséquences dramatiques :

- **Pour les patients** : retard de diagnostic, rupture de la continuité des soins avec isolement du patient du réseau de la médecine conventionnelle.
- **Pour les professionnels de santé** : service de soins (ex.: oncologie pédiatrique, psychiatrie) déstabilisé par des parents qui pratiquent le prosélytisme auprès d'autres familles.

L'expansion et la connaissance de ces pratiques se développent par l'intermédiaire de sites Internet, forums, blogs et par les multiples publications de magazines et ouvrages consacrées au « mieux être » et aux « nouvelles thérapies ». C'est pourquoi, il est primordial que les institutionnels, les professionnels de santé et les associations de patients participent à l'information du public pour inciter les patients et leurs proches à se méfier d'un certain nombre de discours.

P3S encourage les établissements de santé à encadrer la présence des associations de bénévoles qui ne bénéficient pas d'un agrément par le Ministère de la Santé, par l'élaboration de conventions visant à se prémunir d'éventuels comportements déviants de la part de certaines personnes mal intentionnées.

# Pôle Santé et Sécurité des Soins

► N° Azur 0 8 1 0 4 5 5 4 5 5

Prix d'un appel local

et

[www.securitesoins.fr](http://www.securitesoins.fr)



7, rue Saint Florentin  
75008 Paris



Contact technique :  
Loïc RICOUR : 01 55 35 24 15  
Directeur du Pôle  
Santé et Sécurité des Soins  
[loic.ricour@mediateur-republique.fr](mailto:loic.ricour@mediateur-republique.fr)

Contact presse :  
Presse et Communication  
Christine TENDEL : 06 74 22 75 62  
Claire LANCYRY : 01 55 35 23 14  
[claire.lancry@mediateur-republique.fr](mailto:claire.lancry@mediateur-republique.fr)