



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2015**

Date du Jury : **11 décembre 2015**

**L'optimisation de la qualité de la prise
en charge par la gestion des
réclamations et des demandes de
dossiers médicaux**

Emmanuel WAISS

Remerciements

" Je tiens, en premier lieu, à remercier Monsieur Arnaud Flanquart, sans qui la réalisation de ce stage n'aurait pas eu lieu ;

Je tiens également à exprimer mes remerciements et ma sincère reconnaissance à Madame Fabienne Cumont qui m'a accueillie au sein de son service et qui a, tout le long de mon stage, su être disponible et me donner les conseils dont j'avais besoin pour me projeter de la meilleure manière qui soit dans mon futur métier ;

J'exprime ma gratitude et ma sympathie à son équipe, à savoir Madame Christelle Renault et Madame Lydie Dometille, qui par leur professionnalisme, leur gentillesse et leur bonne humeur, m'ont permis d'effectuer ce stage dans des conditions optimales ;

Je remercie enfin, Madame Lydia Lacour, directrice de ma formation, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de cette année".

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'accès au dossier médical : gage de transparence des établissements et de respect de la vie privée des patients dans le but d'améliorer la qualité de leur prise en charge	7
1.1 Le droit à la communication du dossier médical.....	7
1.1.1 La procédure d'accès au dossier médical.....	7
1.1.2 Le contenu du dossier médical	13
1.2 Le respect de la confidentialité des informations relatives à l'état de santé des patients	17
1.2.1 Le cadre juridique du secret médical	17
1.2.2 Les dérogations légales au secret médical	19
2 L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients par le traitement des réclamations et la participation des usagers à la politique hospitalière	23
2.1 La prise en compte des doléances des usagers et les voies de recours contre l'établissement.....	23
2.1.1 Le traitement des plaintes par le service du droit des patients et des relations avec les usagers	23
2.1.2 Les voies de recours à l'encontre de l'hôpital	26
2.2 L'institutionnalisation de la participation des usagers dans la politique hospitalière	29
2.2.1 Les associations de malades et les représentants des usagers.....	29
2.2.2 Le rôle et les missions de la CRUQPC	32
Conclusion.....	35
Bibliographie.....	37
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Commission d'Accès aux Documents Administratifs

CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

CDU : Commission des Usagers

CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

CSP : Code de la santé publique

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

RU : Représentants des Usagers

Introduction

La notion de qualité dans un établissement de santé ne concerne pas exclusivement, comme cela pourrait le faire penser, le sérieux, le professionnalisme et la justesse des actes médicaux dispensés par les professionnels de santé sur les patients. Son envergure est plus large et elle s'étend de manière transversale à tous les secteurs d'une structure sanitaire : ressources humaines, finances, gestion des risques, achats et logistique, droit des patients et relations avec les usagers. Ainsi, elle peut se définir «comme l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient »¹.

La "qualité" a pris de l'importance dans la politique hospitalière vers le milieu des années 1980 et le début des années 1990 grâce à l'action des associations de patient face à différentes crises sanitaires (affaire du sang contaminé notamment) et au développement d'une concurrence de plus en plus féroce entre établissements de santé, publics et privés. Les attentes du public se sont ainsi tournées vers plus de transparence et de sécurité avant de faire confiance à un établissement de santé. Dans le même temps, l'évolution de la jurisprudence administrative sur la responsabilité médicale et la pression grandissante exercée par les médias sur les professionnels du monde de la santé ont largement contribué à faire de la "qualité", le paramètre incontournable de la prise en charge hospitalière moderne.

Pour faire face à cette évolution sociétale, le gouvernement est intervenu par l'intermédiaire de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996². Elle oblige, notamment, les établissements à entrer "dans une procédure d'accréditation ou la qualité de l'établissement sera appréciée par un organisme externe"³.

Cet organisme, composé de professionnels indépendants de la structure de soin, va évaluer le fonctionnement et les pratiques des établissements pour vérifier si les conditions de sécurité et de qualité des soins sont bien réunies. L'accréditation est ensuite délivrée par une autorité publique indépendante, la Haute Autorité de Santé (HAS), dont

¹ <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-qualite>. Site internet consulté en août 2015.

² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*.

³ *La qualité des soins à l'hôpital*, Alexandra Fourcade (praticien hospitalier AP-HP), adsp n°35, juin 2001

Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

l'objectif est de réguler "le système de santé par la qualité" en exerçant "ses missions dans le champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique"⁴.

Le respect des droits des patients et l'amélioration des relations avec les usagers font partie intégrante de la qualité des pratiques professionnelles attendues d'un établissement. Notamment en ce qui concerne le traitement des réclamations et des demandes de dossiers médicaux. Les patients et leurs proches doivent se sentir écoutés et épaulés dans des situations personnelles difficiles. Ils ont également le droit de savoir et de comprendre les tenants et les aboutissants de leur prise en charge en consultant leur dossier, sans oublier leurs différents bénéficiaires prévus par les textes, qui sont eux aussi légitimes à avoir accès à certaines informations médicales concernant leurs proches.

Le développement de la "qualité" a ainsi favorisé l'émergence de nouveaux textes réglementaires et par conséquent, d'une nouvelle organisation interne au sein des établissements.

Pierre angulaire de cette nouvelle volonté politique, la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) a été créée par la loi du 4 mars 2002⁵. C'est une instance qui est présente dans tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Elle a pour but de "prévenir les litiges au sein des établissements et de prendre en compte la parole des usagers"⁶, par l'intermédiaire de leurs réclamations et de leurs représentants. Son rôle est également de rendre compte de l'activité concernant les demandes de dossiers médicaux et ses pistes d'amélioration.

Les réclamations doivent être entendues comme toutes les "formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis, émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil"⁷. Elles sont à l'origine des litiges qui opposent les malades à leur établissement de santé et peuvent se résoudre par voie amiable quand les patients ne souhaitent pas faire un recours gracieux ou juridictionnel.

⁴ <http://www.has-sante.fr/portail/>. Site internet consulté en septembre 2015.

⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.

⁶ Fiche thématique du CISS n°19, *La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge*, 2013.

⁷ Cabinet DS et O (Développement Social et Organisation) : *Usagers, vos droits* (guide méthodologique) ; *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers*.

Quant au dossier médical, la Haute Autorité de Santé le définit de la façon suivante : "le dossier du patient est un élément dynamique constitué pour être le support de l'ensemble des informations recueillies à l'occasion de la prise en charge du patient."⁸

Concernant la prévention des litiges, l'ordonnance "Juppé" de 1996⁹ avaient initié cette démarche en mettant en place des questionnaires de satisfaction auprès des personnes hospitalisées et une commission de conciliation dans les établissements. Le patient était alors apparu comme une "source d'information sur la qualité de la prise en charge"¹⁰ et ses doléances furent pour la première fois écoutées en cas de dysfonctionnements.

Toutefois, la commission de conciliation ne tint pas ses promesses. Elle devint une simple chambre s'enregistrement des réclamations et fut critiquée pour son manque d'indépendance, car les établissements étaient à la fois juge et partie. Un élément important manquait pour que cette instance puisse fonctionner : l'intervention d'un conciliateur indépendant, extérieur à l'établissement.

Cela dit, ces commissions ont joué un rôle important dans l'évolution des mentalités. Le rapport Caniard¹¹, préparatoire à l'élaboration de la loi du 4 mars 2002, reprend ce dispositif en l'ajustant aux véritables attentes des patients et de leurs associations. Il préconise la création d'une commission présidée par le directeur d'établissement (ou son représentant) et qui serait composée des médiateurs, des responsables "qualité", mais surtout de nouveaux acteurs : les représentants des usagers (RU), individus issus du milieu associatif et totalement indépendant de la suture de santé.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée ainsi un nouveau dispositif basé sur deux nouvelles instances, la première extérieure et la seconde intérieure aux établissements : la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (en formation de conciliation et en formation d'indemnisation) et la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

⁸ ANAES (HAS) juin 2003, *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations*.

⁹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*.

¹⁰ CISS - Guide du représentant des usagers en CRUQPC, 2011.

¹¹ Rapport Caniard, *La place des usagers dans le système de santé*, du 13 janvier 2000.

Emmanuel WAISS – *L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015*

La loi précise que la CRUQPC doit se réunir au moins une fois par trimestre. Elle demande de la préparation et de la rigueur pour le service des droits des patients et des relations avec les usagers car il doit reprendre l'ensemble des réclamations et des demandes de dossiers médicaux enregistrées sur le trimestre et sélectionnées celles qui lui paraissent les plus pertinentes à présenter à la Commission afin d'améliorer la qualité de la prise en charge à l'hôpital. Aussi, des tableaux récapitulatifs détaillés comprenant des indicateurs pour faire des comparaisons avec les trimestres précédents y sont présentés. Ensuite le responsable du service doit expliquer ces évolutions et rendre compte des dysfonctionnements nouveaux et récurrents.

La CRUQPC clôture une période donnée et a pour objectif d'améliorer la suivante, elle est aujourd'hui une instance indispensable à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Concernant les dossiers médicaux, leur existence au sein des établissements de santé a été actée par la loi du 31 décembre 1970¹². Le souhait du législateur était à cette époque, de faire en sorte que les dossiers des patients reçus en consultation externe ou hospitalisés, puisse être communiqués à des médecins appelés à leur donner des soins par la suite.

Quant à l'accès du patient à son dossier médical, la loi du 31 juillet 1991¹³ posa d'abord le principe d'un accès indirect, par l'intermédiaire d'un médecin.

Il aura fallu attendre la loi "Kouchner" du 4 mars 2002¹⁴ pour enfin consacrer le principe de l'accès direct du patient à son dossier médical. Il se trouve à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique (CSP) qui dispose dans son premier alinéa :

"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers."

¹² Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière.

¹³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

¹⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Et c'est en fin de compte le décret du 29 avril 2002¹⁵, complété par l'arrêté du 5 mars 2004¹⁶, qui a mis en place l'organisation de cet accès.

Tout comme l'évolution de la prise en compte des réclamations des usagers, celle de l'accès au dossier médical témoigne de la place central qu'occupe aujourd'hui le patient dans la politique hospitalière. L'émancipation du paternalisme médical observé au cours de ces dernières décennies a modelé un patient actif concernant sa santé. Il n'est plus le sujet passif et ignorant tout de l'articulation de son parcours de soins comme c'était le cas auparavant. Il a aujourd'hui des droits, et ceux-ci ne cessent de croître au fil des années. La volonté d'améliorer la qualité de sa prise en charge est l'essence même de cette transformation radicale.

Maintenant, lorsqu'un patient souhaite obtenir son dossier médical, c'est pour pouvoir suivre une thérapie autre part en toute connaissance de cause ou prendre acte de certaines informations qui pourraient l'amener à tenter une action en justice contre l'établissement de santé.

Dès lors, la structure de soins doit rendre accessible le dossier médical du patient aux personnes ayant la qualité de pouvoir en prendre connaissance et être la plus transparente possible vis à vis des informations médicales contenues à l'intérieur tout en faisant attention à conserver ces données dans la plus stricte intimité, il en va du respect du secret médical (Partie 1). Ces éléments sont caractéristiques des exigences de qualité imposées aujourd'hui aux établissements. Attention, il ne faut pas voir ces nouvelles obligations comme une opposition entre les usagers et leur structure de soins mais comme la volonté des patients de faire valoir leurs droits. Il en est de même pour les réclamations et l'institutionnalisation de la participation des patients à l'hôpital, qui doivent être vues comme des pistes d'amélioration de la qualité de vie en milieu hospitalier (Partie 2).

¹⁵ Décret n°2002-637 du 29 avril 2002, *relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique.*

¹⁶ Arrêté du 5 mars 2004, *portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.*

Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

1 L'accès au dossier médical : gage de transparence des établissements et de respect de la vie privée des patients dans le but d'améliorer la qualité de leur prise en charge

Depuis la loi du 4 mars 2002 et la consécration du droit d'être informé en toute transparence sur son état de santé, les patients et leur famille ont le droit d'accéder à l'intégralité de leur dossier médical (1.1). Il contient des documents de nature médicale et paramédicale strictement personnels. C'est pourquoi, en tant que dépositaire de ce dossier, l'établissement de santé doit tout mettre en œuvre pour que ces données restent confidentielles (1.2).

1.1 Le droit à la communication du dossier médical

« Le droit à la communication du dossier médical a longtemps constitué une revendication prioritaire des patients et de leurs associations »¹⁷. Pleinement reconnu par la loi de 2002 et érigé en « pratique exigible prioritaire » par la HAS dans son manuel de certification des établissements de santé (critère 14.b), il est garanti par des procédures différentes en fonction de l'interlocuteur qui en fait la demande (1.1.1). S'en suit sa consultation où le patient est en droit de prendre connaissance de l'ensemble des informations médicales que détient la structure de soins sur lui (1.1.2).

1.1.1 La procédure d'accès au dossier médical

Le dossier médical est un document personnel, c'est pour cette raison que des procédures distinctes d'accès sont prévues en fonction de la ou les personnes qui en font la demande. Une procédure simplifiée pour le patient (a), plus encadrée pour les autres bénéficiaires (b).

a. Une procédure simplifiée pour le patient

Quand la demande de dossier émane du patient, les conditions de recevabilité sont relativement simples. Effectivement, aucun texte législatif ou réglementaire n'oblige le

¹⁷ *Communiquer le dossier médical*, Direction des affaires juridiques de l'APHP, 2014
Emmanuel WAISS – *L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015*

patient à motiver sa demande. Cette absence de motivation met en exergue la volonté du législateur de faciliter l'accessibilité et la communication du dossier.

Néanmoins, une seule condition de recevabilité doit être remplie. C'est la justification, par le patient, de son identité, car les données médicales comprises dans un dossier-patient sont strictement confidentielles¹⁸.

De son côté, le directeur d'établissement de santé doit, conformément à l'article R. 1112-1 du Code de la santé publique, "veiller à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication" des informations médicales aux patients qui en ont fait la demande.

Cela se traduit sur le terrain par la simplification des démarches demandées au patient. Également par la possibilité d'y accéder de plusieurs manières différentes.

En effet, le patient peut obtenir ses documents soit par une consultation sur place à l'hôpital, soit par envoi postal, ou encore en mandatant expressément par écrit la personne de son choix.

S'il opte pour la consultation sur place, il doit prendre rendez-vous avec le service médical concerné, soit en contactant directement le service, soit par l'intermédiaire de la direction de l'hôpital. Si le patient le souhaite, il peut demander à ce qu'un médecin du service lui explique la teneur des documents ou réponde aux questions qu'il se pose.

La plupart du temps, l'obtention du dossier médical se fait par envoi postal. Il est demandé au patient d'établir un écrit adressé au directeur de l'établissement ou à la personne désignée par lui à cet effet et "dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés"¹⁹, sur lequel figure le nom des services médicaux concernés. L'écrit doit être accompagné d'une copie de sa pièce d'identité.

Quand le patient mandate quelqu'un pour obtenir ces documents, il doit joindre un mandat à la demande de dossier avec les copies de sa pièce d'identité et de celle de la personne en question.

Toutefois, cela ne veut pas dire que le patient va forcément accéder aux informations qu'il souhaite, car l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique peut s'avérer trompeur sur le caractère communicable de certaines pièces. En effet, il énonce que les malades ont le droit d'avoir accès aux informations concernant leur santé mais le terme "dossier médical"

¹⁸ Arrêté du 5 mars 2004, *portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.*

¹⁹ Article R. 1111-1, Code de la santé publique

n'apparaît pas explicitement. De ce fait, même si les professionnels de santé ont l'habitude de parler de "dossier médical", il faut que l'ensemble des protagonistes gardent à l'esprit que l'accès mentionne des informations et non pas un contenant.

Aussi, des informations inscrites dans le dossier médical peuvent ne pas être communiquées (il s'agit généralement d'informations concernant un tiers ou émanant d'un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge mais dont la pertinence peut être appréciée par l'équipe de soins), et d'autres qui ne le sont pas forcément, sont obligatoirement communicables car elles répondent aux critères prévus par l'article L. 1111-7 du CSP. La Cour administrative d'appel de Paris a ainsi jugé que les notes manuscrites d'un professionnel contribuant à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement du patient doivent être communiquée à ce dernier²⁰.

Pour s'y retrouver, il est essentiel que les professionnels de santé, voire les patients, se réfèrent à l'article R. 1112-2 du CSP, qui précise quelles sont les informations pouvant être contenues dans un dossier et celles qui ne sont pas communicables, et à la définition des "informations formalisées" de la HAS qui énonce qu'il "*s'agit d'informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles*"²¹.

De plus, il est possible que le patient puisse se voir refuser l'accès à des informations médicales le concernant, sans que cela n'ait de rapport avec la nature des documents communicables. Notamment dans trois situations bien précises : si l'établissement considère qu'il s'agit de demandes abusives ; quand il n'est pas détenteur des documents demandés ; ou bien lorsque le dossier médical a été saisi par les autorités de justice²².

Cependant, tout refus de communication de la part de la direction de l'hôpital doit être motivé et il doit être indiqué au demandeur les voies de recours possibles en l'invitant à saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA).

²⁰ CAA Paris, 30 septembre 2004

²¹ ANAES (HAS) décembre 2005, *Accès aux informations concernant la santé d'une personne - modalités pratiques et accompagnement (version modifiées des recommandations de l'ANAES de février 2004)*.

²² Loi du 17 juillet 1978, art. 6-2°

Emmanuel WAISS – *L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux* - 2015

b. Une procédure encadrée pour les autres bénéficiaires

Quatre autres bénéficiaires ont un droit d'accès au dossier médical du patient selon l'article L. 1111-7 du CSP. Il s'agit du ou des titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur, des ayants droits du patient défunt, du tuteur et du mandataire du patient. Il existe également un cinquième bénéficiaire mais c'est au patient d'en faire la demande. Il s'agit d'un médecin désigné par lui. Cela ne fait donc pas de lui un réel bénéficiaire. Néanmoins, malgré la possibilité qui leur est offerte d'accéder au dossier du patient, la procédure permettant de l'obtenir est plus contraignante pour eux.

- Le ou les titulaires de l'autorité parentale :

L'alinéa 5 de l'article L. 1111-7 dispose que : *"Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin"*.

Le mineur ne peut donc pas accéder à son dossier médical. Ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui dispose de ce droit d'accès et eux seuls. Néanmoins le mineur peut encadrer cet accès en obligeant que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin ou en obtenant du médecin qu'il ne donne pas accès à son dossier.

Puisque le droit d'accès est réservé aux titulaires de l'autorité parentale, ceux ci devront justifier, en plus de leur identité, qu'ils sont bien titulaires de l'autorité parentale.

Bien qu'il ne puisse pas accéder à son dossier médical, le mineur peut néanmoins être tenu informé des éléments de sa prise en charge. Cette possibilité lui est accordée par l'alinéa 5 de l'article L. 1111-2 qui précise qu'il a le droit de bénéficier d'informations et de participer aux décisions concernant son état de santé en fonction de son degré de maturité.

Concernant la volonté du mineur de bloqué l'accès au dossier grâce à l'intermédiaire d'un médecin, celle ci amène quelques précisions.

Le mineur peut être confronté à ce cas de figure lorsque son état de santé nécessite un traitement ou une intervention et qu'il ne souhaite pas que ses parents (ou le/les titulaires de l'autorité parentale) en prennent connaissance. Grâce à l'article L. 1111-5 du CSP, le médecin peut ainsi se dispenser de recueillir le consentement du ou des titulaires de

l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre. Toutefois, le médecin devra avant toute prise de décision définitive, essayer de convaincre le mineur du bien fondé de l'information aux titulaires de l'autorité parentale. Si le patient maintient son refus, le médecin peut procéder aux soins nécessaires.

D'après l'article R. 1111-6 du CSP, le médecin doit faire mention de cette opposition dans le dossier du mineur en inscrivant que cet accès est bloqué par le mineur et que seul lui peut mettre fin à cette opposition.

- Les ayants droits

Selon l'article L. 1110-4 du CSP, *"le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droits, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès"*.

Sont "ayants droits", les héritiers légaux et les héritiers testamentaires du patient.

Les premiers sont le conjoint survivant et les enfants. A défaut, il s'agit, conformément aux règles de la dévolution successorale, des parents, frères et sœurs etc.

Les seconds sont toutes les personnes désignées à ce titre dans un testament.

Si les ayants droit veulent obtenir des pièces du dossier médical d'un de leur proche décédé, ils doivent formuler une demande de dossier par écrit et l'adresser au directeur de l'établissement. Toutefois, celle ci doit attester de la qualité d'ayant droit, être motivée et préciser l'objectif poursuivi.

Pour justifier de cette qualité, le conjoint survivant et les enfants doivent produire une copie du livret de famille et une copie de leur pièce d'identité. Les autres ayants droit doivent quant à eux produire un "acte de notoriété ou un acte de dévolution successorale délivrés par un notaire"²³, ainsi que la copie de leur pièce d'identité.

²³ *Comment obtenir vos documents médicaux ?*, Direction des patients, usagers et associations de l'AP-HP, février 2015

Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

Le Code de la santé publique exige que la demande soit motivée²⁴ en sélectionnant un ou plusieurs des motifs suivants : "connaître les causes du décès", "faire valoir un droit", "défendre la mémoire du défunt".

Après avoir fait cette sélection, il est demandé aux ayants droit de préciser l'objectif poursuivi en "décrivant en quelques lignes quel(s) droit(s) ils souhaitent faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue"²⁵. Cette description ne doit pas être négligée car les médecins sont dans l'obligation de ne transmettre que les documents du dossier répondant à l'objectif poursuivi.

Il est important de rappeler que les ayants droits peuvent se voir refuser la possibilité d'accéder aux pièces demandées du dossier médical du défunt si ce dernier s'était opposé de son vivant à toute communication de documents médicaux le concernant. Néanmoins, la CADA a exprimé à ce sujet que c'était au destinataire de la demande d'apporter la preuve de cette opposition de la part du patient²⁶.

- Le tuteur

Le tuteur est la personne qui représente le majeur protégé. Il est donc tout à fait légitime qu'il dispose d'un droit d'accès au dossier médical de ce dernier. Selon l'article R. 1111-1 du CSP, le tuteur bénéficie du droit d'accès au dossier médical au même titre que le patient, l'ayant droit ou le/les titulaire(s) de l'autorité parentale.

Le régime de la tutelle est différent de celui de la curatelle dans la mesure où la personne sous curatelle dispose de l'initiative de la demande d'accès à son dossier médical²⁷.

Tout comme le mineur, la personne sous tutelle conserve certains droits. Elle a droit de recevoir une information médicale et de participer à la décision médicale la concernant mais proportionnée à son degré de discernement²⁸.

²⁴ Article L. 1110-4 CSP

²⁵ *Comment obtenir vos documents médicaux ?*, Direction des patients, usagers et associations de l'AP-HP, février 2015

²⁶ CADA, 11 septembre 2008, Avis 20083539, *directeur du groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille*

²⁷ CADA, 22 mars 2007, Avis 20071208, *médecin conseil de l'assurance, chef de service responsable du secteur de Juvisy*

²⁸ Article L. 1111-2 du CSP

- Le mandataire

L'arrêté du 5 mars 2004 prévoit la possibilité pour le patient de recourir à un mandataire pour accéder à son dossier médical. Le conseil d'Etat a confirmé cette possibilité au regard de la loi du 4 mars 2002 en affirmant que :

"Considérant qu'il ne résulte pas des définitions précitées du code de la santé publique que le législateur ait entendu exclure la possibilité pour la personne concernée d'accéder aux informations médicales relatives à sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé en recourant, dans les conditions de droit commun, à un mandataire dès lors que ce dernier peut justifier de son identité et dispose d'un mandat exprès, c'est à dire dûment justifié ; dès lors, le Conseil national de l'Ordre des médecins n'est pas fondé à demander l'annulation des dispositions du troisième alinéa du IV des recommandations homologuées par l'arrêté attaqué"²⁹.

Dès lors, le mandataire doit remplir plusieurs conditions. Il doit disposer d'un mandat exprès et justifier de son identité.

Toutefois, la CADA a précisé que le destinataire de la demande pouvait refuser cette communication s'il considère que des doutes sont fondés sur la capacité du mandant à rédiger un tel mandat ou s'il s'avère que le mandataire n'agit pas en fonction des intérêts du patient³⁰.

De plus, le mandataire ne pourra accéder qu'aux informations autorisées par le patient, il en va des conditions de droit commun d'exercice du mandat tel que prévu à l'article 1989 du Code civil³¹.

1.1.2 Le contenu du dossier médical

Le dossier médical d'un patient est composé de plusieurs documents différents qui dépendent des soins qui lui sont prodigués et des aléas de son parcours dans l'établissement (a). Dès lors, cette multiplicité de documents rend difficile la tenue, par les secrétariats médicaux, d'un dossier unique, complet et actualisé en temps et en heure (b).

²⁹ CE, 26 septembre 2005 n°270234

³⁰ CADA, 20 septembre 2007, Conseil 20074929, *directeur de l'établissement public de santé Paul-Guiraud de Villejuif*

³¹ *"Le mandataire ne peut rien faire au-delà de ce qui est porté dans son mandat : le pouvoir de transiger ne renferme pas celui de compromettre".*

Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

Ainsi, il arrive fréquemment que, lorsque les patients souhaitent le consulter, les exigences légales des délais de restitution du dossier ne soient pas respectées.

a. Les différents documents contenus dans le dossier médical

Le dossier médical d'un patient comporte des informations médicales à son sujet et la description des différents moments de son parcours thérapeutique dans l'établissement. Cependant, cela ne veut pas dire que des informations médicales antérieures à sa venue dans la structure n'y sont pas retracées. En effet, lorsqu'un patient vient pour la première fois dans un nouvel établissement, il lui est demandé de préciser s'il a des allergies, des antécédents médicaux particuliers, etc. Ces informations seront inscrites dans son dossier.

Le Code de la santé publique a précisé la liste minimale des documents qui doivent y être présents en les classant de manière homogène en trois grandes catégories³² :

- *"les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier".*

On retrouve ainsi les documents suivants :

- "la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- les motifs d'hospitalisation ;
- la recherche d'antécédents et de facteurs de risque ;
- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues par la loi (Cf. Article L. 1111-4 concernant la "*réflexion bénéfices-risques*") ;
- le dossier d'anesthésie ;
- le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire (prélèvements d'organes et assistance médicale à la procréation par exemple) ;

³² Article R. 1112-2 du Code de la santé publique

- la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel³³ ;
 - les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
 - le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
 - les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
 - les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
 - Les directives anticipées³⁴ ou le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice".³⁵
- Les "*informations formalisées établies à la fin du séjour*"³⁶.

C'est à dire les documents suivants :

- "le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
 - la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
 - les modalités de sortie (vers le domicile, vers une autre structure) ;
 - la fiche de liaison infirmière"³⁷.
- Les informations mentionnant des tiers, recueillies auprès d'eux mais n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant tels tiers.

b. Les difficultés rencontrées lors de la restitution du dossier

Les difficultés rencontrées lors de la restitution du dossier médical d'un patient sont principalement dues aux délais de communication prévus par les textes. Ceux-ci peuvent s'avérer très courts dans certaines situations.

Les délais de communication du dossier médical sont prévus à l'article L. 1111-7, alinéa 2 du CSP. Ce dernier prévoit un délai minimal et un délai maximal.

Le délai minimal est de 48 heures, il s'agit d'un délai de "réflexion"³⁸ pour l'établissement mais également pour le patient au cas où il souhaite se rétracter. Le patient ne peut donc pas accéder directement à son dossier médical.

³³ Cf. Article R. 1221-40 du CSP

³⁴ Telles que prévues par la loi du 22 avril 2002 et mentionnées aux articles L. 1111-11, L. 1111-17 et R. 1111-19 du CSP

³⁵ *Communiquer le dossier médical*, Direction des affaires juridiques de l'APHP, 2014

³⁶ *Communiquer le dossier médical*, Direction des affaires juridiques de l'APHP, 2014

³⁷ *Communiquer le dossier médical*, Direction des affaires juridiques de l'APHP, 2014

Emmanuel WAISS – *L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015*

Le délai maximal est lui de huit jours à compter de la réception de la demande si les informations demandées datent de moins de cinq ans. Ce délais est rallongé à deux mois si le dernier acte médical ou la clôture du dossier date de plus de cinq ans.

Pendant que le délai court, l'établissement doit d'un côté s'assurer de la conformité de tous les éléments juridiques d'une demande en fonction des différents demandeurs (cf. ci-dessus) mais également rassembler un ensemble de documents souvent éparpillés entre les ordinateurs, les archives et les notes des personnels médicaux et paramédicaux etc.

Le premier travail est effectué par le service en charge du droit des patients et le second est fait par les secrétariats médicaux. Il demande un travail supplémentaire conséquent aux secrétaires médicaux qui doivent faire preuve d'attention et de rigueur pour l'assemblage des différentes informations médicales en fonction de la qualité du demandeur. De plus, il arrive régulièrement que plusieurs services différents soient concernés par la restitution d'un dossier médical. Certains arrivent à tenir les délais et d'autres non en fonction des aléas du fonctionnement et de l'organisation du service mais aussi de la quantité d'informations demandées.

De manière générale, le délai de deux mois est respecté de manière quasi systématique alors que celui de huit jours ne l'est que très rarement, ce qui peut nuire aux exigences de qualité attendues des établissements. Mais si l'on observe de plus près la situation, l'on remarque peu de différences entre la restitution d'un dossier de moins et de plus de cinq ans. Ainsi, il serait souhaitable, notamment pour les grosses structures de soins, d'uniformiser les différents délais. Rallonger celui de huit jours et abaisser celui de deux mois semblent être des solutions bienvenues par l'ensemble des services des établissements, qu'ils soient administratifs ou de soins.

Qu'ils aient demandés ou non à ce qu'on leur communique leur dossier médical, les patients souhaitent que leurs données médicales restent et demeurent confidentielles, il en va du respect de leur vie privé.

³⁸ L. 1111-7, alinéa 2 CSP

1.2 Le respect de la confidentialité des informations relatives à l'état de santé des patients

Les patients ont le droit à la confidentialité de leurs informations médicales³⁹, et les médecins ont le devoir de respecter ce droit⁴⁰, c'est ce qu'on appelle le secret médical (1.2.1). Toutefois, dans l'intérêt du patient ou de celui de la justice, des dérogations, expressément prévues par la loi, sont prévues (1.2.2).

1.2.1 Le cadre juridique du secret médical

Garanti par le droit depuis plus de deux siècles, le secret médical est peu à peu devenu une notion phare en santé publique et une protection incontournable de la vie privée des patients (a). De ce fait, les hôpitaux ne sont pas les propriétaires des données médicales de leurs patients mais seulement dépositaire du dossier les retraçant. A ce titre, ils sont astreints à la plus grande vigilance dans sa conservation (b).

a. Un droit fondamental pour les patients

On retrouve la notion de secret médical et son corollaire, le secret professionnel, dans deux codes différents en France, à savoir le Code pénal et le Code de la santé publique (le Code de déontologie médicale faisant parti du Code de la santé publique). Tous les deux sanctionnent sa violation.

Sa première apparition date du Code pénal de 1810 à son article 378 qui dispose que *"les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende"*.

³⁹ Article R. 4127-4 du Code de la santé publique

⁴⁰ Article 4 du Code de déontologie médicale

La loi du 22 juillet 1992 réformant le code pénal conserve cette obligation au sein de ces articles 226-13 et 226-14. Le premier énonçant la règle générale⁴¹ et le second, ses exceptions légales :

- connaissance de privations ou de sévices infligés à un mineur ;
- avec l'accord du patient, connaissance de privations ou de sévices subi dans l'exercice de sa profession ;
- connaissance du caractère dangereux pour elles mêmes ou pour autrui de personnes qui, après une consultation, détiennent une arme ou souhaitent en acquérir une. Il est important de souligner ici que ces informations doivent être divulguées à des autorités bien précises : judiciaires, médicales ou administratives, le procureur de la République et le préfet (préfet de police pour Paris). En aucun cas à d'autres personnes.

Pour le Code de la santé publique, "les informations contenues dans le dossier médical sont protégées par le secret professionnel, qui s'impose à tous les personnels de l'hôpital"⁴². Ces obligations sont étendues à tous les collaborateurs d'un médecin⁴³ (internes, externes, infirmiers par exemple) et ce dernier doit veiller qu'ils aient connaissance de cette règle. Il doit également "protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées et examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents"⁴⁴.

Ces diverses protections juridiques montrent à quel point le secret médical est un droit fondamental des patients.

b. L'établissement de santé : dépositaire du dossier médical

L'établissement de santé n'est pas le propriétaire du dossier médical, il en est le dépositaire. Dès lors, il n'a aucun droit d'usage exclusif sur ce document et est astreint à quatre obligations principales :

⁴¹ "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende". Cf. Article 226-13 du Code pénal

⁴² Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

⁴³ Article R. 4127-72 du Code de la santé publique

⁴⁴ Article R. 4127-73 du Code de la santé publique

- La première, est le fait d'établir un dossier médical pour chaque patient, quelque soit sa nationalité, sa pathologie ou son parcours de soins.
- La deuxième est de le conserver dans les meilleures conditions possibles.
- La troisième, de le rendre disponible pour que les patients et/ou leurs ayants droits puissent le consulter dans les meilleurs délais.
- La dernière a trait au secret médical, les établissements de santé doivent tout mettre en œuvre pour garantir sa confidentialité.

Celle concernant le secret médical est sans nul doute la plus importante dans la mesure où les professionnels de santé peuvent voir leur responsabilité pénale engagée. Les établissements gardent donc généralement l'ensemble de ces dossiers, une fois qu'ils sont clôturés, dans des pièces sécurisées bien précises et accessibles à seulement certains de leurs agents.

1.2.2 Les dérogations légales au secret médical

Sans revenir sur les possibilités prévues par le Code pénal de communiquer des données médicales à des autorités bien identifiées (voir ci dessus), il existe d'autres occurrences où le dossier médical d'un patient peut être connu par d'autres. Notamment lorsqu'il est demandé par la police ou la justice (a) ou par un médecin expert (b).

a. Le dossier demandé par la police ou la justice

L'hôpital et ses médecins hospitaliers peuvent être sollicité par la police ou la justice dans des affaires pénales. Notamment quand ceux-ci demandent la communication d'un dossier médical ou de certains documents le composant.

Ces demandes doivent être traitées avec précaution pour ne pas mettre à mal les enquêtes diligentées par les policiers et les juges tout en respectant la confidentialité des informations médicales du patient.

Quatre situations conviennent d'être étudiées ici :

- La réquisition :

Elle peut avoir lieu dans trois situations prévues par le code de procédure pénale :

- dans le cadre d'une enquête préliminaire (article 77-1-1)
- Dans le cadre d'une enquête de flagrance (article 60-1)
- Dans le cadre d'une information judiciaire conduite par un juge d'instruction (article 81)

La loi du 9 mars 2004 dispose que le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire (uniquement sur autorisation du procureur en cas d'enquête préliminaire) peuvent *"par tout moyen, requérir de toute personne, de tout établissement (...) public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel. Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3 du Code de procédure pénale, la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord"*.

Les réquisitions ont souvent lieu lorsque qu'un obstacle médico-légal a été signalé par un médecin lors du décès d'un patient et que le procureur de la République souhaite éclaircir les causes de sa mort.

Les établissements et les médecins ont une obligation de répondre aux réquisitions⁴⁵. Cette dernière doit s'effectuer par l'intermédiaire d'un médecin, toujours dans un souci de respect du secret médical.

Ainsi un document officiel de réquisition devra être présenté par les fonctionnaires de police à l'établissement. Il devra faire mention de la nature exacte des documents demandés et préciser la procédure pénale à laquelle il se réfère.

Le médecin peut toutefois émettre un avis défavorable à une demande de communication de dossier. Pour cela, il devra fonder ce refus sur un "motif légitime" et en faire part expressément à l'officier de police judiciaire.

⁴⁵ Article R. 1112-1 du CSP

- La perquisition :

Elle a lieu en cas de refus de communication ou dans le cadre d'une procédure de flagrant délit ou d'information judiciaire.

Elle est effectuée par le magistrat en personne et en la présence d'un représentant de l'Ordre des médecins et du médecin ayant pris en charge le patient (cf. Article 56-3 du Code de procédure pénale). Ces présences doivent garantir le "respect du secret professionnel"⁴⁶.

- La saisie :

Il s'agit de "l'acte par lequel l'autorité judiciaire peut appréhender un bien ou un objet, puis le placer sous scellés afin de servir de pièce à conviction"⁴⁷.

Les établissements sont vivement conseillés de conserver une copie des documents saisis car ils seront très difficiles à récupérer par la suite. Il en va, le cas échéant, de la continuité des soins du patient et de la défense de l'établissement ou du praticien en cas de mise en cause.

Les magistrats peuvent s'opposer à la réalisation de ces copies. Toutefois, ce refus devra être établi par écrit par ce dernier.

- La production forcée en matière civile

Si la communication du dossier médical du patient est essentielle lors d'un litige, le juge civil peut ordonner sa production. On retrouve généralement ce type de situation dans des affaires testamentaires. Néanmoins, l'établissement ou le professionnel de santé peut s'opposer à cette production s'ils évoquent un "empêchement légitime"⁴⁸ lié au respect du secret professionnel.

b. Le dossier demandé par un médecin expert

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), "l'expertise médicale est un acte par lequel un médecin, désigné par un magistrat ou une autorité,

⁴⁶ Article 56 du Code de procédure pénale

⁴⁷ *Communiquer le dossier médical*, Direction des affaires juridiques de l'APHP, 2014

⁴⁸ Article 11, alinéa 2 et 141 du Code de procédure civile. Également l'arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 15 juin 2004, n°85-16436.

Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

prête son concours technique afin de déterminer et d'apprécier l'état physique et mental d'une personne, puis d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences civiles ou pénales".

Dès lors, le médecin expert doit dans la plupart des cas accéder au dossier médical du patient.

Un médecin expert peut être désigné sur des procédures administratives, civiles ou pénales. Cependant, il n'y a que dans le cadre d'une procédure pénale que le dossier peut lui être communiqué sans que l'accord du patient, de ses ayants droits ou de son représentant ne soit nécessaire.

Le médecin expert est ensuite à son tour, tenu au secret professionnel et il doit se borner à respecter le cadre de sa mission⁴⁹.

Illustration parfaite de la recrudescence des droits des patients, le dossier médical et le secret médical structurent les nouveaux rapports entre les médecins, les établissements et leurs patients. Cependant, il n'est pas le seul élément qui les bouleverse. La possibilité de faire des réclamations et de saisir la justice est en pleine évolution. Pour prévenir les litiges sur lesquels ils pourraient accoucher, l'institutionnalisation de la participation des usagers dans les structures de santé était indispensable.

⁴⁹ Cf. Article 108 du Code de déontologie médicale ; Article R. 4127-108 du CSP
- 22 - Emmanuel WAISS – *L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux* - 2015

2 L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients par le traitement des réclamations et la participation des usagers à la politique hospitalière

Afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge, les établissements de santé se dotent généralement d'un service dédié au traitement des réclamations car il permet de cibler les attentes des patients et d'éviter les recours juridiques en résolvant les conflits à l'amiable (2.1). Il faut dire que l'institutionnalisation de la participation des usagers opérée par la loi du 2 mars 2002 n'est pas étrangère à la mise en place de ce type de service spécialisé au sein des établissements (2.2).

2.1 La prise en compte des doléances des usagers et les voies de recours contre l'établissement

Le traitement des réclamations demande de la prudence et de la patience car il est souvent le dernier moyen de préserver la confiance des patients (2.1.1). Toutefois, il ne permet pas dans toutes les situations d'éviter les recours juridiques (2.2.2).

2.1.1 Le traitement des plaintes par le service du droit des patients et des relations avec les usagers

Lorsque les patients sont insatisfaits de leur prise en charge à l'hôpital, ils peuvent faire ce que l'on appelle une réclamation, et ce, par divers moyens (a). Une enquête sera ensuite menée auprès des services concernés (qu'ils soient de soin ou administratif) pour résoudre le conflit, et si cela ne fonctionne pas ou que la réclamation présente un aspect "sérieux", une proposition de rencontre avec les médiateurs de l'hôpital peut être organisée (b).

a. La définition de la réclamation et ses différents modes de recueil

Sont considérées comme des "plaintes" ou des "réclamations" toutes les "formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis, émis de façon spontanée, ou non, et

ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil⁵⁰. Ainsi, les plaintes (sauf celles à caractère gracieux ou juridictionnel), les lettres de doléances, les appels téléphoniques, les visites et les courriers électroniques sont considérés comme tels. Mais également les supports donnés par l'établissement ou demandés par les usagers permettant une expression libre comme les questionnaires de sortie lorsque le patient les utilise pour se plaindre d'un quelconque dysfonctionnement. Sont également pris en compte les courriers de satisfaction des usagers, les éloges à l'encontre d'un service ou d'un membre du personnel. Certes, ils sont plus rares, mais ils ne sont pas négligés car ils participent aussi à l'amélioration de la prise en charge des patients. En effet, ils peuvent cibler des points forts de l'établissement sur lesquels d'autres services peuvent s'appuyer ou s'inspirer.

Concernant les modes de recueil, l'établissement doit faire attention à ne pas favoriser à outrance l'expression des usagers pour ne pas créer à son encontre une plateforme de défouloir à l'instar des forums de discussions sur internet. Cela peut porter préjudice à l'hôpital en l'éloignant de son objectif principal d'amélioration de la qualité de la prise en charge ou en donnant de l'importance à des critiques infondées ou clairement exagérées. Un véritable travail de publicité sur l'existence du service et sur les moyens de faire une réclamation est nécessaire, mais un dosage sur la possibilité d'y recourir est tout aussi indispensable.

En général, toutes les réclamations formulées par les patients sont traitées, peu importe leur degrés d'importance. Pour l'utilisateur, le simple fait d'avoir téléphoné pour exprimer son mécontentement sur le temps d'attente d'un rendez-vous ou de s'être déplacé dans le bureau du droit des patients et des relations avec les usagers à cause de la mort d'un proche, atteste de la volonté pour celui-ci, que son témoignage ne reste pas lettre morte.

Un service du droit des patients doit se fixer comme objectif la préservation d'un dialogue cordial et emphatique. L'utilisateur doit sentir que son témoignage est écouté par l'hôpital et qu'il peut être amené à apporter des corrections dans le fonctionnement et l'organisation des services.

Par leurs réclamations, les patients envoient un signe d'ultime confiance à l'hôpital. La confiance souvent écornée à ce stade, peut réapparaître grâce au travail mené par les

⁵⁰ Cabinet DS et O (Développement Social et Organisation) : *Usagers, vos droits* (guide méthodologique) ; *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers*.

agents en charge des relations avec les usagers. C'est un travail qui demande beaucoup de diplomatie et de savoir être, d'autant plus dans des situations d'agacement, d'énerverment voire de deuil. Une réclamation traitée avec négligence donne souvent lieu à un recours gracieux ou juridictionnel alors qu'une autre traitée avec compassion et sérieux peut renouer une confiance qui semblait perdue.

b. L'enquête menée auprès des services et la proposition de rencontre avec les médiateurs de l'hôpital

En cas de mise en cause du fonctionnement d'un service par un patient ou un de ses proches lors d'une prise en charge, le service du droit des patients peut être amené à enquêter dans le service pour confronter les différentes versions des faits.

Dans la majorité des cas, la réclamation porte sur un ou des événements observés dans les services de soins. Si c'est la prise en charge médicale qui pose problème, un mail est adressé au chef de service. Si la plainte porte sur un événement non médical il sera envoyé au cadre de santé. Ils mèneront également une enquête auprès de leurs agents pour comprendre et résoudre ce qu'il s'est passé avant de répondre au service du droit des patients.

Au vu des réponses apportées par les services, le réclamant sera recontacté par le service du droit des patients et tenu informé de tout élément nouveau.

Si la plainte décrit des faits d'une certaine gravité, une rencontre avec les médiateurs de l'hôpital peut être proposée.

Il y a deux types de médiateurs dans les établissements de santé : le médiateur médical et le médiateur non médical. Ils sont "appelés essentiellement à dédramatiser des situations devenues conflictuelles et retrouver par la voie du dialogue et de l'explication, sans omettre, le cas échéant, l'orientation éventuelle du patient ou de sa famille vers une voie juridique"⁵¹.

Ils peuvent être contactés directement par les patients qui trouvent leurs numéros sur internet ou sur des affiches dans les couloirs des établissements. Toutefois, dans la grande majorité des cas, c'est le service dédié au droit des patients et aux relations avec les usagers qui les aiguille vers eux lorsqu'une situation délicate semble se profiler.

⁵¹ *La médiation médicale à l'hôpital, un autre regard (Les guides de l'AP-HP)* Henry Rochant et Pierre Chevalier, 2008.

Emmanuel WAISS – *L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux* - 2015

Le médiateur médical est contacté par l'usager s'il "s'estime être victime d'un préjudice du fait de l'activité médicale"⁵². Il a pour mission de compléter l'information médicale fournie au patient et de lui expliquer les raisons qui ont conduit à prendre certaines décisions en vue de résoudre des malentendus. Il élabore un compte rendu où il dresse des recommandations à la direction ou aux services de soins. Il peut également fournir des explications sur les voies de recours gracieux ou judiciaire qui s'offrent au patient en cas d'échec des voies amiables. Il s'agit là plupart du temps d'un médecin, ou d'un ancien médecin, qui connaît les problématiques du terrain.

Quant au médiateur non médical, il "est appelé à connaître toutes les plaintes qui ne sont pas liées à l'organisation des soins et au fonctionnement médical des services. Ses missions et les modalités de saisine sont alors similaires à celle du médiateur médical"⁵³.

2.1.2 Les voies de recours à l'encontre de l'hôpital

Lorsque la résolution par voie amiable n'a pas abouti, le patient réclamant ou ses proches peuvent faire un recours gracieux (a), ou un recours juridictionnel (b).

a. Les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

Les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) ont deux missions principales : enrayer les conflits qui opposent les usagers aux professionnels de santé par la conciliation et permettre aux victimes d'accidents médicaux d'être indemnisées, de la manière la plus équitable qui soit.

Présidées par un magistrat, elles sont composées de différents membres issus du monde de la santé. On y retrouve des représentants des usagers, des professionnels de santé, des établissements de santé, de l'Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux, de personnalités qualifiées et d'assureurs. En moyenne, elles se réunissent environ une fois par mois.

⁵² <http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-droits/La-representation-des-usagers-et-le-respect-des-droits/Le-mediateur-medical>. Site internet consulté en septembre 2015

⁵³ <http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-droits/La-representation-des-usagers-et-le-respect-des-droits/Le-mediateur-non-medical>

Il y en une dans chaque région et l'engagement d'une procédure y est gratuite. Le ministère d'avocat n'y est pas obligatoire. Leur saisine n'est pas un préalable à l'ouverture d'une procédure contentieuse. La victime peut donc saisir directement les tribunaux administratifs ou judiciaires.

Leur mission de conciliation est moins connue que celle d'indemnisation. Elle permet pourtant aux usagers de saisir cette commission quand ils estiment qu'un de leurs droits à été violés (respect de la vie privée, d'accès au dossier médical, respect de la dignité etc.) et aux associations (ou une personne) "estimant que les droits des usagers du système de santé n'ont pas été respectés"⁵⁴ (fonctionnement de la CRUQPC, droit à la formation etc.).

Sa mission d'indemnisation permet aux patients victimes d'un dommage imputable à une erreur de diagnostic, de soins ou une activité de prévention d'être dédommagés. Mais pour cela deux conditions doivent être remplies :

- le dommage doit être supérieur à un seuil de gravité ;
- L'acte médical ayant entraîné le dommage doit avoir eu lieu à une date postérieure au 4 septembre 2001.

Les seuils de gravité sont précisés par les articles L. 1142-1 à L. 1142-3 et D. 1142-1 à D. 1142-3 du Code de la santé publique :

- un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) supérieur à 24 % ;
- Une durée d'arrêt de travail supérieur à 6 mois d'arrêts consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une durée d'un an ;
- Une inaptitude définitive à l'exercice de la profession exercée avant l'accident ;
- Un déficit fonctionnel temporaire (DFT) au moins égal à 50 % sur une durée de 6 mois consécutifs ou non consécutifs sur une durée d'un an ;
- Des troubles d'une particulière gravité depuis l'accident.

Depuis la loi du 4 mars 2002, les experts qui sont désignés dans le cadre d'une procédure CCI, ont les mêmes pouvoirs que ceux mandatés en matière pénale. Ils peuvent demander la transmission du dossier médical du patient aux parties et aux tiers sans que l'on puisse leur opposer le secret médical ou professionnel. Toutefois, ils sont eux mêmes tenus au secret professionnel.

⁵⁴ Fiche thématique du CISS N°12 - Droits des malades : CRCI - 2011
Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

Si les informations médicales demandées ne leur sont pas communiquées ils peuvent déposer leur rapport à la CCI en l'état. Celle-ci pourra dès lors tirer les conséquences de cette carence.

b. Les tribunaux

Lorsque les patients sont victimes d'un préjudice médical, ils peuvent saisir les juridictions de droit commun. Comme dit précédemment, cette action n'empêche pas de la saisine de la CCI en parallèle.

Les tribunaux saisis dépendent de la nature publique ou privée de l'établissement et de la gravité de la faute subie par la victime. S'il s'agit d'un établissement public, le juge administratif sera compétent. S'il s'agit d'un établissement privé ce sera le juge civil. En cas de faute grave d'un praticien, le juge pénal peut être saisi également.

Si la victime souhaite obtenir des dommages et intérêts à cause de sa prise en charge, les délais de prescription sont de 10 ans depuis la "date de consolidation du dommage en matière d'actes de soins, de diagnostic ou de prévention"⁵⁵.

Pour pouvoir saisir le juge administratif en cas de litige avec un établissement public, le patient devra dans un premier temps adresser une demande gracieuse auprès du directeur de l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette demande doit décrire les circonstances du dommage ainsi que le préjudice subi.

En cas de réponse de refus de la part du directeur d'établissement, le patient a deux mois pour saisir le tribunal administratif à compter de la réception du courrier.

Si l'établissement ne répond pas dans les deux mois à la demande d'indemnisation du patient, cela fera naître une décision implicite de rejet. Le tribunal administratif pourra être saisi dans les deux mois après la naissance de cette décision.

Il est important de souligner ici que, contrairement à une procédure devant la CCI, le ministère d'avocat est obligatoire car il s'agit d'un contentieux de pleine juridiction.

Si l'établissement saisi est privé, le juge civil du tribunal d'instance sera compétent pour toute demandes de dommages-intérêts inférieurs à 10 000 euros. Au delà de cette somme, l'affaire sera portée devant le tribunal de grande instance.

⁵⁵ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10342>. Site internet consulté en octobre 2015.

Les praticiens peuvent être poursuivis devant la justice pénale. C'est notamment le cas lorsqu'un patient ou ses proches estime(nt) qu'il a subi une faute ayant entraîné des blessures graves ou son décès. Dans ce cas, la victime devra porter plainte devant le procureur de la République et se constituer partie civile devant le tribunal correctionnel. Grâce à cette action, le patient pourra obtenir réparation des dommages occasionnés et condamner pénalement le praticien responsable.

Les délais de saisine de la juridiction pénale sont de trois ans. Soit à compter de l'acte médical reproché, soit à compter du décès du patient.

Les réclamations et les recours devant la justice montrent que les relations entre les patients et leurs établissements ne sont pas idéales à chaque fois. Afin de les limiter un maximum, les patients ont fait leur entrée dans les politiques menées par les structures de santé. Ils ont même une instance spécialisée qui leur est dédiée et qui a pour objectif d'être de plus en plus intégrée et respectée par les professionnels de santé.

2.2 L'institutionnalisation de la participation des usagers dans la politique hospitalière

Autrefois impénétrable, l'hôpital a depuis quelques décennies ouvert ses portes aux associations de malade. Les textes juridiques ont reconnu et appuyé cette démarche en offrant la possibilité à certains membres d'association dont le but est de représenter les patients, d'intégrer et de participer, de l'intérieur, à la politique hospitalière (2.2.1). Véritable tournant concernant le droit des patients et les relations de l'hôpital avec ses usagers, la loi de 2002 a même créé une nouvelle instance dans les établissements de santé, la Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (2.2.2).

2.2.1 Les associations de malades et les représentants des usagers

Alors que les associations de malade œuvrent au sein de l'hôpital depuis maintenant plusieurs décennies (a), il leur manquait un véritable appui juridique fort pour renforcer leur action. Grâce à la création du représentant des usagers (RU) par la loi de 2002,

Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

membre issu obligatoirement du milieu associatif, le législateur a donné de l'importance et de la légitimité à des personnes ou groupes de personnes qui veulent aider les malades au quotidien à l'hôpital (b).

a. Les associations de malades

Le rôle des associations est fondamental aujourd'hui à l'hôpital. Elles accompagnent la prise en charge des malades et s'efforcent d'améliorer leur quotidien.

Elles sont composées pour la plupart de bénévoles. Selon la Charte internationale du volontariat, ce dernier est "celui qui s'engage de plein gré, d'une manière désintéressé, dans une action organisée au service de la communauté".

Les associations et leurs bénévoles participent aux missions générales des établissements de santé et médico-sociaux. Ils essaient d'être complémentaires au travail fourni par les personnels des structures de santé.

Une association est spécialisée dans un domaine particulier. Son objectif est donc d'apporter des réponses précises aux personnes souffrant des pathologies ou des causes qu'elles combattent.

Diverses associations peuvent être amenées à travailler ensemble au sein d'une même structure. Leur but est alors d'être complémentaire un maximum.

Chaque association qui oeuvre dans un établissement à préalablement obtenu un accord de celui-ci. Dès lors, elles s'engagent, conformément à la Charte des associations de bénévoles à l'hôpital du 29 mai 1991, à :

- "agir dans le respect des convictions et des opinions de chacun ;
- n'intervenir ni dans le domaine médical, ni para-médical, ni administratif ;
- respecter la confidentialité des informations qui pourraient leur parvenir concernant tant l'établissement et le personnel que la personne elle même ;
- travailler en liaison avec l'équipe soignante".

Pour que leurs bénévoles puissent aider les patients dans les meilleures conditions possibles, les associations s'engagent à leur donner une formation adaptée et à encadrer et suivre leurs équipes. Le bénévole doit donc avoir une bonne connaissance des règles hospitalières notamment en ce qui concerne le fait de ne pas divulguer d'informations ni

de faits observés dans la structure de santé. Il peut faire part de situations inhabituelles et constater des événements indésirables, dans le respect des personnes hospitalisées.

Comme le font les professionnels, les bénévoles doivent respecter impérativement certaines règles d'hygiène. Notamment l'hygiène des mains afin de prévenir les infections.

Depuis la loi du 4 mars 2002 les associations œuvrant à l'hôpital doivent être agrémentées. Cet agrément est délivré par la Commission nationale d'agrément. Il a pour but d'encadrer légalement et réglementairement l'action et la représentativité des associations qui souhaitent aider les usagers du système de santé.

Ainsi, "seules les associations agréées par ladite commission peuvent se prévaloir de la faculté de représenter les usagers dans les diverses instances hospitalières ou de santé prévoyant leur participation"⁵⁶.

b. Les représentants des usagers

Le représentant des usagers a été créé par la loi du 4 mars 2002. C'est une personne issue du milieu associatif qui souhaite porter la parole des usagers au sein de l'hôpital et notamment dans le cadre de la CRUQPC. Il participe également aux débats publics qui sont organisés par les conférences régionales de santé et de l'autonomie.

Ses missions s'exercent dans le cadre d'un mandat de représentation qu'il obtient de l'Agence Régionale de Santé ou du ministère de la santé. Ce mandat ne peut être pourvu que s'il appartient à une association agréée (cf ci dessus). Il peut également siéger dans certaines instances particulières comme les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) si son association représente des personnes handicapées ou des personnes âgées ou retraitées. Cette possibilité lui a été offerte par la loi du 21 juillet 2009, *Hôpital-Patients-Santé-Territoires*.

Il a quatre missions principales œuvrant au respect du droit des patients, aux relations des usagers avec leur établissement de santé et de manière plus générale à l'amélioration de la qualité de système de santé :

- Il est le représentant des usagers de l'établissement de santé dans lequel il est mandaté. Pour ce faire, il participe au Conseil de Surveillance et à la CRUQPC dudit établissement.

⁵⁶ Fiche thématique du CISS n°7 - Agrément des associations de santé - 2013
Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

- Il participe à l'amélioration des conditions de vie quotidienne des patients. Pour ce faire, il fait remonter les besoins des patients aux services de soins et administratifs.
- Il a un rôle fondamental de relais de son expérience hospitalière auprès de son association afin de que celle ci contribue à l'amélioration du système de santé.
- Il doit établir des relations avec les autres associations œuvrant dans son établissement ainsi que celles présentes au niveau régional afin de croiser les expériences et monter des projets communs d'amélioration de la qualité de vie en milieu hospitalier.

Le RU a également des droits :

- Le droit au congé de représentation. Ce dernier lui permet, conformément à l'article L. 1114-3 du CSP, de s'absenter de son travail pour pouvoir participer aux instances de l'hôpital. Si son entreprise ne souhaite pas le rémunérer pendant ses absences, l'Etat doit lui verser une indemnité partielle ou totale.
- Le droit à la formation. Prévu par l'article L. 1114-1 du CSP, ce droit doit lui permettre d'exercer son mandat de manière efficace et responsable. Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) et les ARS assurent ces formations.
- Le droit au défraiement. Ce droit permet aux représentants des usagers d'être indemnisés de leurs frais de déplacement qui sont occasionnés par l'exercice de leur mandat.

2.2.2 Le rôle et les missions de la CRUQPC

Instance originale créée par la loi de 2002, la CRUQPC a des missions précises (a) mais elle a encore du mal à trouver sa place et voir ses recommandations suivies d'effet dans la politique de l'établissement (b).

a. Les missions attendues de la CRUQPC

Les CRUQPC sont le fruit de l'évolution sociétale de prise en compte des besoins des usagers au sein des établissements de santé. Leur création répond à la mise en cause du paternalisme médical dans le sens où les patients veulent être acteurs de la santé.

Plusieurs personnes y siègent :

- le médiateur médecin
- le médiateur non médecin
- deux représentants des usagers
- le représentant légal de l'établissement ou son représentant (préside la commission).
- des représentants de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), de la Commission Technique d'Etablissement (CTE) etc.
- le responsable du droit des patients et ses agents le cas échéant
- le responsable qualité de l'établissement

Son objectif est de veiller au respect du droit des usagers et de faciliter leurs démarches auprès de l'établissement. A ce titre elle :

- a accès à toutes les réclamations formulées par les patients ou leurs proches ainsi qu'aux réponses apportées par l'établissement.
- examine les plaintes ne présentant pas les formes d'un recours juridictionnel ou gracieux.
- veille à ce que les réponses apportées aux patients les informent des recours dont ils peuvent bénéficier
- élabore des pistes d'amélioration concernant les délais de communication des dossiers médicaux
- participe, grâce à ses avis et ses recommandations, à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de leurs proches.

De plus, depuis le décret du 2 mars 2005, chaque Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) de chaque établissement doit transmettre à l'Agence Régionale de Santé (ARS) un rapport d'activité. Sur la base de ces

Emmanuel WAISS – L'optimisation de la qualité de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux - 2015

rapports, l'agence dégage ensuite des "grandes tendances sur la région" et initie des "pistes d'amélioration"⁵⁷ de la qualité des relations entre les hôpitaux et ses patients.

b. Les limites du rôle de la CRUQPC

La CRUQPC a voulu se défaire de l'image qu'avait laissée la Commission de conciliation, à savoir celle d'une simple chambre d'enregistrement des réclamations.

Toutefois elle est encore trop souvent vue comme cela par les professionnels du monde de la santé mais cette image semble évoluer ces dernières années.

Au même titre que le processus assurantiel, elle a pour vocation d'anticiper la réalisation du risque. Toutefois, sur le terrain, les objectifs ne sont pas toujours atteints. Sa légitimité est souvent mise en cause par les directions fonctionnelles et les services de soins, ses recommandations étant parfois difficiles à mettre en oeuvre.

Sur ce constat les pouvoirs publics ont souhaité apporter un souffle nouveau en mettant en place des groupes de travail. Ainsi, son fonctionnement est encore perfectible comme le précise le rapport intitulé "*Pour l'an II de la démocratie sanitaire*" de Claire Compagnon en date du 14 février 2014. Ce dernier préconise entre autre la création d'une "Commission des Usagers (CDU)" plus ouverte sur la représentation es usagers et des associations, l'institutionnalisation du recours à la médiation et une meilleure collaboration avec la qualité. L'objectif est d'intégrer le patient de façon plus étroite à la politique de l'hôpital voire aux politiques de santé publique de manière plus générale.

⁵⁷ <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-Commissions-des-relations.125466.0.html>. Site internet consulté en octobre 2015

Conclusion

Le monde de la santé et le monde hospitalier sont en pleine évolution ces dernières années. Progrès de la médecine, passage à la tarification à l'activité (T2A) etc. Et le droit des patients et les relations qu'entretiennent les usagers avec les établissements de santé n'échappent pas à ces grands changements.

Le dossier médical et la protection de sa confidentialité est devenu un élément incontournable au service des patients pour mieux appréhender leurs parcours de soins. Cela montre l'investissement de plus en plus important des patients à saisir les enjeux de santé mais aussi d'être responsables face à eux.

Les réclamations et les recours juridictionnels sont encore importants mais la création des CRUQPC et des représentants des usagers témoignent de la volonté de les endiguer, ou du moins de mieux les prévenir. Beaucoup de chemin reste encore à parcourir dans ce domaine mais force est de constater que les résultats commencent à porter leurs fruits : meilleurs informations des patients dans les couloirs des établissements, rencontre entre les patients et les représentants des usagers au sein de la maison des usagers (locaux dédiés dans l'établissement), les recours de plus en plus nombreux à la médiation et la recherche d'une voie amiable dans un monde pourtant de plus en plus procédurier pour ne citer qu'eux.

Pour encore améliorer ce système en pleine mutation, il faudrait faire en sorte que les représentants des usagers puissent s'investir à 100 % dans la politique hospitalière. Leur permanence de quelques heures par semaine n'est pas suffisante à mon goût pour que leurs idées et leurs actions soient suivies d'effet par les professionnels de santé.

De leur côté, les professionnels de santé se doivent d'être encore plus à l'écoute des patients qu'ils ne le sont actuellement. Les patients se sentent trop souvent considérés comme des objets et pas assez comme des personnes ayant un regard critique pertinent sur l'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge en établissement.

Tous les éléments structurels et juridiques ont été mis en place, c'est leur exploitation qui doit être rationalisée, il en va de l'intérêt de tous.

Bibliographie

1. Lois et décrets

Ordonnance n°96346 du 24 avril 1996, *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, *portant réforme hospitalière*

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, *portant réforme hospitalière*

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, *relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique*

Arrêté du 5 mars 2004, *portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès*

Loi du 17 juillet 1978

Loi 2009-879 du 21 juillet 2009, *portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires*

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*

2. Ouvrages

Usagers, vos droits (Guide méthodologique : plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers), Cabinet développement social et organisations. Guide réalisé à la demande du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Système de santé, droits et accueil des usagers : l'instruction des plaintes ou réclamations en établissement de santé et la CRUQPC, ministère de la santé et des sports

Guide du représentant des usagers en CRUQPC, CISS, 2011

Communiquer le dossier médical, Direction des affaires juridiques de l'APHP, 2014

3. Fiches thématiques

La CRUQPC, son rôle dans l'examen des plaintes, fiche thématique du CISS n°19, 2013

Droits des malades, la Charte européenne des droits des patients, fiche thématique du CISS n° 42, 2012

Démocratie sanitaire, le congé de représentation des représentants d'usagers du système de santé, fiche thématique du CISS n° 27, 2013

Droit des malades, quels recours face à un refus d'accès au dossier médical, fiche thématique du CISS n° 11 quinquies, 2011

Liste des annexes

Charte de la personne hospitalisée	II
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (1)	III
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (2)	IV
Document sur la CRUQPC que l'on peut retrouver dans les couloirs de l'établissement	V
Document que l'on retrouve dans les couloirs de l'établissement sur les interlocuteurs des patients de l'établissement	VI
Document que l'on retrouve dans les couloirs de l'établissement sur concernant la communication du dossier médical	VII
Document que l'on retrouve dans les couloirs de l'établissement concernant les associations	VIII
Document que l'on retrouve dans les couloirs de l'établissement concernant la communication du dossier médical	IX
Exemple de réclamation et la réponse d'un service de soins (1)	X
Exemple de réclamation et la réponse d'un service de soins (2)	XI
Exemple de réclamation et la réponse d'un service de soins (3)	XII



Usagers, vos droits

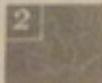
Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



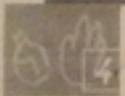
Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Charte de la personne hospitalisée

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

HOPITAL BICETRE



Résultat de l'hôpital comparé à la moyenne nationale :

supérieur dans la moyenne inférieur

Position par rapport à l'objectif national : ★ non atteint ★★ atteint ★★★ dépassé

PERFORMANCE MEDICALE - RESULTATS 2012 (enquête 2013)

Le dossier médical doit comporter les informations nécessaires à la coordination entre les différents professionnels de santé qui s'occupent du patient. Il permet de tracer le respect des bonnes pratiques médicales. Chaque année, des dossiers tirés au sort sont analysés ; les indicateurs produits permettent de suivre les performances de l'hôpital et de les comparer à la moyenne nationale et à l'objectif fixé par le ministère de la Santé.



ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)

L'AVC nécessite une intervention en extrême urgence. Pour déterminer le traitement adéquat, il faut tout d'abord déterminer le type d'AVC (hémorragie ou infarctus cérébral par obstruction). On doit ensuite mettre en place rapidement le traitement (thrombolyse, aspirine, rééducation...) afin de minimiser les séquelles et d'éviter les récurrences.

Date et heure de survenue En cas d'infarctus cérébral, on peut réaliser une désobstruction (traitement thrombolytique) dans les 4h30 qui suivent le début de l'AVC. On doit noter dans le dossier la date et l'heure de survenue de l'AVC (si elle est connue).	score sur 100 moyenne nationale objectif national	0 82 ★★★
Aspirine En cas d'infarctus cérébral, on doit donner 160 à 300 mg d'aspirine (en dehors des contre-indications). Cette prescription doit être retrouvée dans le dossier.	score sur 100 moyenne nationale objectif national	100 82 ★★★
Evaluation par un rééducateur Un professionnel de la rééducation doit effectuer rapidement une évaluation. Cette évaluation doit être retrouvée dans le dossier.	score sur 100 moyenne nationale objectif national	100 74 ★★★
Tenue du dossier médical Le dossier médical doit comporter les éléments suivants : antécédents ou facteurs de risque cardio-vasculaires, traitement en cours à l'admission, score de gravité NIH, ECG, tension artérielle et glycémie capillaire.	score sur 100 moyenne nationale objectif national	100 87 ★★★



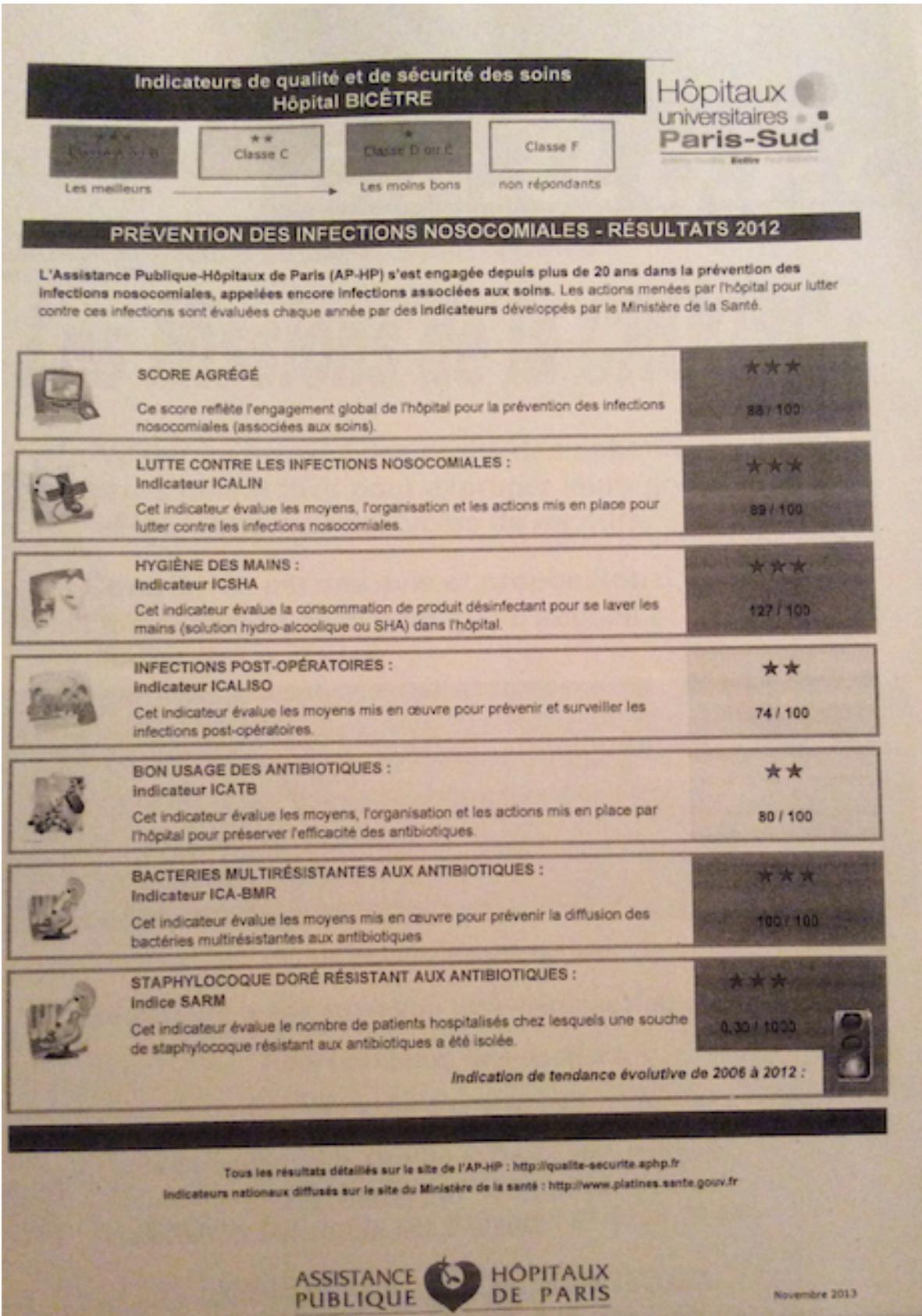
HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Complication très redoutée pour la femme venant d'accoucher, ce risque doit être systématiquement prévenu.

Délivrance L'injection d'ocytocine (en dehors des contre-indications) et le contrôle de examen du placenta doivent être effectués. On doit retrouver ces informations dans le dossier.	score sur 100 moyenne nationale objectif national	07 80 ★★★
Salle de naissance Le poids, la tension artérielle, la qualité du globe utérin et l'importance des pertes sanguines doivent être surveillés en salle de naissance. La sortie de la salle de naissance ne peut être effectuée qu'après un examen médical. Ces informations doivent être notées dans le dossier.	score sur 100 moyenne nationale objectif national	3 53 ★

Indicateurs nationaux diffusés sur les sites indicateur.aphp.fr et www.ecopseante.fr

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (1)



Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (2)

Annoncée par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la CRUQPC remplace la commission de conciliation. Le décret du 2 mars 2005 fixe sa composition et ses attributions.

Les Missions de la CRUQPC :

- ➔ Veiller au respect des droits des patients, faciliter leurs démarches pour exprimer leurs griefs éventuels et les informer des voies de recours.
- ➔ Contribuer, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des malades.

La Commission, présidée par le Directeur du Site est composée notamment de

- 2 Médiateurs médicaux
- 2 Médiateurs non médicaux
- 4 Représentants des usagers

Vous pouvez contacter les
Médiateurs médicaux et/ou non médicaux ainsi que les
Représentants des usagers
en vous adressant à



la Direction de la Qualité et Droits des Patients :
Secrétariat : 01 45 21 20 82
Chargée des droits des patients : 01 45 21 29 80

Document sur la CRUQPC que l'on peut retrouver dans les couloirs de l'établissement

Des interlocuteurs à votre écoute

Vous avez des questions ou des remarques sur les soins et sur l'accueil que vous avez reçus à l'hôpital ?
Vous souhaitez l'aide d'un tiers ?



En premier lieu, parlez-en au cadre de santé ou au médecin du service



Vous pouvez rencontrer :

- Le chargé des relations avec les usagers
Rattaché à la direction de l'hôpital, il est à votre disposition pour répondre à vos questions et faciliter vos démarches.
- Les représentants des usagers
Issus d'une association agréée, ils sont indépendants de l'hôpital. Ils sont à votre écoute.

Madame Fabienne CUMONT
Tél. : 01 45 21 29 80
Mail : fabienne.cumont@bct.aphp.fr

Madame Anne-Claire POMMIER
Tél. : 01 45 21 21 78
Mail : anneclaire.pommier@bct.aphp.fr

Titulaire
Madame Jeannine COLLARD
Mail : jeannine.collard0408@orange.fr

Suppléant
Madame Marie CITRINI
Mail : mcno@wanadoo.fr

Titulaire
Monsieur Dominique TARAVEL
Mail : dtaravel@aliceadsl.fr

Suppléant



Vous souhaitez adresser une réclamation ?

Si ces premières démarches ne vous apportent pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier de réclamation au directeur de l'hôpital. Une réponse écrite vous sera apportée.

- En fonction de la nature de vos difficultés, il vous est possible de rencontrer un médiateur médical ou non médical.

Le saviez-vous ?

Vos remarques et vos observations seront communiquées à la **commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)**. Son rôle est d'améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des patients. Retrouvez les informations sur la CRUQPC dans le livret d'accueil qui vous a été remis.

• Cette commission est composée de :

Président, directeur du site : Madame Florence FAVREL FEUILLADE
Représentants des usagers : Madame Jeannine COLLARD (T)
Monsieur Dominique TARAVEL (T)
Madame Marie CITRINI (S)

Médiateur médical : Monsieur le Professeur Denis DEVICTOR
Médiateur médical suppléant : Madame le Professeur Emmanuelle CORRUBLE
Médiateur non médical : Madame Dominique RAFFY

• Comment contacter la CRUQPC ?

Par courrier Secteur Droits et Protection des Patients

Par mail : fabienne.cumont@bct.aphp.fr
Par téléphone : 01 45 21 29 80

Par mail : anneclaire.pommier@bct.aphp.fr
Par téléphone : 01 45 21 21 78

Directeur des Affaires Générales et des Relations avec les Usagers : Monsieur Arnaud FLANQUART

Hôpitaux
universitaires
Paris-Sud
Antenne Essonne - Essonne - Paris Evry

ASSOCIATION HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES PARIS-SUD

Communication du dossier médical

Vous pouvez obtenir la communication de votre dossier médical

Par consultation sur place à l'hôpital

Vous devez dans ce cas prendre contact directement auprès du secrétariat du médecin du service concerné. Le médecin pourra répondre à vos questions lors d'un rendez-vous. Des copies vous seront remises sur demande écrite.

Par envoi postal

Sur demande écrite: la demande doit être adressée au directeur de l'hôpital en précisant le service médical concerné et en utilisant le formulaire inclus dans le dépliant: "**Comment obtenir vos documents médicaux**".

Ces documents sont protégés par des règles de confidentialité.

Ils ne peuvent pas être communiqués à des tiers. Une procédure spécifique de communication a été mise en place dans l'établissement.

La communication sera effectuée dans les 8 jours suivant votre demande pour les documents de moins de 5 ans. Ce délai ne peut excéder deux mois pour les documents plus anciens.

Dans tous les cas, le chef de service hospitalier, dans lequel vous avez été soigné, ou un médecin du service qu'il désignera, est à votre disposition pour vous recevoir et répondre à vos questions.

→ *La durée de conservation des dossiers médicaux a changé
20 ans depuis la dernière sortie de votre dossier pour raison thérapeutique
(Hospitalisation et consultation)
Ou 10 ans après le décès du patient.*

Hôpitaux
universitaires
Paris-Sud
Bicêtre



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BICETRE

Document que l'on retrouve dans les couloirs de l'établissement sur concernant la communication du dossier médical



Les associations

Des Associations, implantées dans l'établissement, regroupant des usagers, des familles de patients et des bénévoles, participent à la vie de l'hôpital

AFBAH (Association Francilienne pour la Bienveillance des aînés et/ou Handicapés)
Bâtiment Claude Bernard 1^{er} étage
Tél : 01 45 59 26 10

AFMLD (Association des Familles des Malades de Longue Durée)
Espace des usagers - secteur jaune, porte 58
Poste : 5 34 09
10, Voie Rameau "les cypres"
94400 Vitry-sur-Seine. Tél. : 01 46 71 59 88

AIDES 94
2 av de la Commune - 94400 Vitry s/seine
Tél. : 06 62 93 29 75 - Mme Royer.

ASPF (Association pour le Développement des Soins Palliatifs Fondatrices).
Tél. : 01 53 42 31 31 Fax. 01 53 42 31 30

ATMH
Hall du CHB Poste 5 36 95

AVE (Association Vieillir Ensemble).
Tél. 01 48 28 79 53

CVLTHPE (Culture, Voyages, Loisirs, des Transplantés Hépatiques de l'Hôpital Paul-Brousse) Espace des usagers ou hall du CHB
Tél. 01 47 38 31 85 ou poste 5 69 90

OHR HANNA (Association Humanitaire de la Communauté Juive). Tél. 01 43 43 40 70

QUATRE PATTES TENDRESSES
Poste 5 33 86

TRANSHÉPATF (Association Nationale des Déficiants et Transplantés Hépatiques).
Hall du CHB Poste : 5 33 63

VMEH (Visite des Malades dans les Etablissements Hospitaliers du Val-de-Marne).
Espace des usagers - secteur jaune, porte 58
Tél. : 01 48 78 11 46

Les cultes

Vous pouvez faire appel au représentant du culte de votre choix directement ou en contactant le cadre de santé qui vous remettra la brochure avec leurs coordonnées.

CULTES AYANT UNE PERMANENCE SUR L'ÉTABLISSEMENT

- Aumônerie Catholique Mme PIERARD Poste 5 65 35
 - Culte protestant Mme LUKALA Poste 5 30 48 ou tél. : 01 46 78 04 57.
- Un office religieux catholique est assuré à la chapelle de l'hôpital le jeudi et le samedi à 15h30

CULTES N'AYANT PAS DE PERMANENCE

- Culte bouddhiste Monsieur Volpolini Tél. : 06 22 74 38 89
- Culte israélite (consistoire israélite de Paris). Tél. : 01 40 82 26 90
- Culte musulman (mosquée de Paris). Tél. : 01 45 35 97 33
- Culte orthodoxe : Madame Corlias Tél. : 06 89 97 69 76



HOPITAL UNIVERSITAIRE PAUL BROUSSE

Document que l'on retrouve dans les couloirs de l'établissement concernant les associations



Communication du dossier médical

Vous pouvez obtenir la communication de votre dossier médical

PAR CONSULTATION SUR PLACE À L'HÔPITAL

Vous devez dans ce cas prendre contact directement auprès du secrétariat du médecin du service concerné. Le médecin pourra répondre à vos questions lors d'un rendez-vous. Des copies vous seront remises sur demande écrite.

(→ médical par SGGP ?)

PAR ENVOI POSTAL

Sur demande écrite : la demande doit être adressée au directeur de l'hôpital en précisant le service médical concerné et en utilisant le formulaire inclus dans le dépliant "**Comment obtenir vos documents médicaux**".

Ces documents sont protégés par des règles de confidentialité.

Ils ne peuvent pas être communiqués à des tiers. Une procédure spécifique de communication a été mise en place dans l'établissement.

La communication sera effectuée dans les 8 jours suivant votre demande pour les documents de moins de 5 ans. Ce délai ne peut excéder 2 mois pour les documents plus anciens.

Dans tous les cas, le chef de service hospitalier, dans lequel vous avez été soigné, ou un médecin du service qu'il désignera, est à votre disposition pour vous recevoir et répondre à vos questions.

*La durée de conservation des dossiers médicaux a changé
20 ans depuis le service
nouveaux thérapeutiques
(hospitalisation et consultation)
ou 10 ans après le décès du patient.*

+ dossier de service ?



AMH/1/19 - 2010

HOPITAL UNIVERSITAIRE PAUL BROUSSE

Document que l'on retrouve dans les couloirs de l'établissement concernant la communication du dossier médical

Melle [redacted]
et [redacted]
[redacted]
94400 Vitry sur seine

mail : [redacted]
tel : 06 [redacted]

objet : plainte pour négligence et
manquement graves dans la prise en charge de monsieur
[redacted]

Mesdames ,messieurs,

Je vous adresse ce courrier en tant que citoyenne française , utilisatrice et bénéficiaire de droit des services de santé publique pour me plaindre auprès des autorités compétentes et pointer du doigt la succession d' événements indésirables qui ont mis en danger la vie de mon compagnon monsieur [redacted] né le [redacted]. Celui-ci a subi des manquements graves durant sa prise en charge aux urgences de l' hôpital du Krémolin Bicêtre dans la nuit de mercredi 10 juin 2015 au matin du jeudi 11 juin 2015.

Je vous relate les faits :

Mercredi 10 juin 2015 aux alentours de 22 heures trente, j'ai déposé aux urgences adulte de l' hôpital du Krémolin Bicêtre, monsieur [redacted] qui souffrait de violents maux de ventre, était en sueur ,avait de la fièvre et respirait difficilement. Ne pouvant pas marcher, je l'ai laissé dans la voiture pour signaler sa présence et demander de l' aide . Première surprise, personne à l' accueil puis quand j' ai interpellé la personne qui était chargée de l' accueil après son arrivé, j' ai eu droit à la réflexion : " Je n' ai que deux bras attendez" j' ai du insister pour dire que c' était vraiment urgent . Il a alors été mis sur un fauteuil roulant et pris en charge. ...

L' attente dans les services d' urgences est toujours interminable, c' est pourquoi j' ai laissé mon numéro de téléphone au monsieur de l' accueil pour être informé de son état mais aussi pour venir le chercher lors de sa sortie. Je suis maman de deux enfants en bas âge que j' ai laissé avec leur oncle le temps de déposer mon conjoint aux urgences. Pour des raisons que je peux comprendre je n' ai pas pu le revoir après sa prise en charge et je n' ai donc pas pu lui laisser ses clés et son téléphone portable. J' ai tendu l' oreille toute la nuit dans l' attente d' un appel des urgences mais pas de nouvelles. Donc le jeudi 11 juin vers sept heure environ, j' ai appelé et à deux reprises le service des urgences mais sans que personne ne réponde à mon appel. J' ai donc pris la décision de me rendre aux urgences après avoir déposé mes enfants à l' école sachant que j' allais arriver en retard au travail. A 9h 30 lorsque j' arrive aux urgences, ma surprise a été grande lorsque la personne à l' accueil m' a annoncé que monsieur [redacted] était déjà sorti depuis six heures trente du matin. Je n' ai pas compris car j' ai demandé à ce qu' on me prévienne de sa sorti afin que je puisse venir le chercher. Ne comprenant pas, j' ai alors rétorqué que s' il lui était arrivé quelque chose , je tiendrais l' hôpital pour responsable.

A mon arrivé chez moi après avoir affronté les bouchons du matin, j' ai été inquiète de ne pas retrouver monsieur [redacted] devant la porte de l' immeuble ou encore devant celle de l' appartement ; le pensant peut être au travail, j' ai appelé et on m' a indiqué sa non présence . Imaginez vous deux secondes à ma place !!! Je n' ai jamais été aussi angoissé de toute ma vie: quand j' ai reçu en milieu de matinée un appel du service des urgences ou l' on ma dit que finalement monsieur [redacted] n' était pas sorti et qu' il se trouvait encore aux urgences.

Exemple de réclamation et la réponse d'un service de soins (1)

Lorsque je me suis rendu aux urgences donc pour la deuxième fois dans la même matinée, croyez moi que j'étais furieuse ; j'ai demandé à rencontrer la cadre du service pour lui expliquer la situation et lui faire part notre mécontentement.

Il faut savoir que monsieur [REDACTED] a tout simplement été oublié ; il était marqué sorti sur l'ordinateur alors qu'il était physiquement présent . L'infirmière qui l'a prévenu de sa sorti ne l'a jamais déperfusé et n'a pas fait la transmission à ses collègues du matin.L'équipe de jour n'a eu connaissance de la présence de monsieur [REDACTED] que lorsqu'il s'est manifesté car il a attendu le retour de l'infirmière de nuit.

Monsieur [REDACTED] est sorti avec une ordonnance pour un bilan sanguin si les signes étaient amenés à réapparaître mais sans aucune explication sur son état ,pas d'informations, pas de diagnostic rien.

Lors de l'entretien avec la cadre du service, nous avons demandé le compte rendu d'hospitalisation qu'elle a été incapable de nous communiqué car incomplet et donc pas cloturé .

Durant sa prise en charge,monsieur [REDACTED] a reçu des antalgique par voie intraveineuse et subit un examen biologique .

Si les choses s'étaient arrêtés là cela aurait été une mauvaise expérience aux urgences et puis voilà sauf qu'au moment ou je rédige ce courrier monsieur [REDACTED] est hospitalisé dans une clinique privée ou il a subit une opération de tout urgence.

Après être rentré, il s'est reposé puis nous sommes allés consulter son médecin traitant (tout cela se passe le jeudi 11 juin) car il ne se sentait pas mieux.

Celui-ci lui a prescrit un scanner en urgence que nous nous sommes empressés de réaliser en sortant du cabinet médical dans la clinique la plus proche de notre lieux d'habitation.

Au résultat du scanner, le médecin ou chirurgien , a exigé de le monter au bloc opératoire immédiatement pour une intervention chirurgicale de toute urgence.

Il a donc été opéré pour une perforation d'ulcère gastrique et est encore hospitalisé a ce jour.

Donc moi je dis bravo les urgences de Bicêtre !!!!

C'est incroyable de réserver une aussi mauvaise prise en charge dans un service d'urgence ; de l'accueil en passant par la prise en charge sans oublier la sortie, tout a été fait de travers. Vous pouvez me trouver dur mais imaginez une seconde un de vos proches ou vous-même dans cette situation ...

Alors travaillant au sein d'un hôpital public, je connais les problèmes de personnel et le manque de moyen dont souffre les hôpitaux publique mais alors je ne comprends pas pour autant que le travail ne soit pas fais correctement , que de simples problèmes de communication entravent la bonne prise

en charge des patients admis. Passer à coté d'un diagnostic médicale peut arriver mais ne pas mettre les moyens disponibles en œuvre pour établir le bon diagnostic en est une autre .

Vraiment nous nous estimons victimes de nombreuses erreurs qui auraient pu coûter la vie à mon conjoint [REDACTED]

De plus, me concernant, j'ai perdu une journée de travail, du temps , je me suis fait un sang d'encre

Nous mettons en cause le médecin pour la non information de monsieur [REDACTED] sur son état de santé, et pour la prise en charge non aboutie et l'infirmière de nuit pour négligence ; et bien sûr le chef de service ainsi que les cadres qui sont chargés de veiller à l'organisation du service .

Nous espérons que cette mauvaise expérience sera prise en considération et que cela permettra d'apporter des améliorations significatives de la prise en charge des patients et de leurs familles dans le service des urgences de l'hôpital du Kremlin Bicêtre.

[REDACTED]

Exemple de réclamation et la réponse d'un service de soins (2)

Bicêtre, le 16 juillet 2015

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BICÊTRE
17, rue de la Croix Nivart
91190 GASTON THÉRY Cedex
Tél. : 01 45 71 71 71

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
(SAU)

Madame Fabienne CUMONT
Direction des affaires générales
Et des relations avec les usagers

Réponse concernant Monsieur 

Madame,

Je réponds aux doléances de Madame  relatives au passage aux urgences de son compagnon Monsieur  le 10 juin 2015.

Ce patient a été pris en charge par l'équipe de garde pour exploration de douleurs abdominales. Un bilan a été réalisé et un traitement mis en route.

Après une période de surveillance et d'évolution, il est apparu que la situation clinique s'était améliorée et le bilan rassurant. La décision de sortie a été prise à 6 h 16 en informant le patient du risque d'évolution. Le médecin a demandé à l'infirmière de déperforer le patient et a conclu le dossier informatique faisant disparaître l'étiquette du patient à l'écran de localisation.

La transmission infirmière n'a manifestement pas été faite au moment de la relève nuit-jour qui se trouvait concomitante à la sortie du patient.

Monsieur  est donc resté dans les urgences jusqu'à ce que l'on s'aperçoive de sa présence. L'imbroglio qui s'en est suivi pour sa compagne est tout à fait regrettable.

Nous avons rappelé et affiché dans le service que le timbre URQUAL ne devait pas être supprimé tant que le patient était présent dans notre service.

Quant à l'évolution médicale de Monsieur  elle n'était pas évidente au moment de la sortie. 20 à 30 % des douleurs abdominales vues aux urgences n'ont pas de diagnostic mais évoluent favorablement. Des consignes sont systématiquement données pour re consulté en cas d'évolution.

Veuillez agréer Madame, l'expression de mes cordiales salutations.

CARTE DES SERVICES

SAU : 01 45 71 71 71
SAU : 01 45 71 71 71

ACCUEIL DES URGENCES

Service de réanimation : 01 45 71 71 91
Service médecine : 01 45 71 71 98
Service chirurgie : 01 45 71 71 43
Service chirurgie : 01 45 71 71 43
Service chirurgie : 01 45 71 71 44
Service : 01 45 71 71 42
Service : 01 45 71 71 26

UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE

Service : 01 45 71 71 98
Service : 01 45 71 71 22
Service : 01 45 71 71 98
Service : 01 45 71 71 98

ASSISTANTE SOCIALE

Service : 01 45 71 71 42
Psychiatrie : 01 45 71 71 42

Exemple de réclamation et la réponse d'un service de soins (3)

WAISS

Emmanuel

11 décembre 2015

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2015

L'optimisation de la prise en charge par la gestion des réclamations et des demandes de dossiers médicaux

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : AUCUN

Résumé :

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) a été créée par la loi du 4 mars 2002. C'est une instance qui est présente dans tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Elle a pour objectif la prévention des litiges, la prise en compte de la parole des usagers et la promotion du respect de leurs droits.

Sa création répond à un changement de contexte dans le domaine de la santé. L'arrivée du SIDA dans les années 1980 a remis en cause la relation paternaliste du médecin envers son patient. A l'époque, le peu de connaissance des soignants sur la maladie a conduit les malades à se regrouper pour s'entraider. Imité par d'autres associations de malades, le patient s'est alors émancipé de sa position originelle, pour devenir le véritable acteur de sa santé. Acteur avec des droits, dont celui de décider pour lui même. Dès lors, la relation médecin-patient a du se redéfinir en instaurant un dialogue nouveau.

Le patient est aujourd'hui le personnage central du système de santé. Il a un accès direct à son dossier médical, peut avoir recours à un médiateur et voir ses réclamations traitées et prise en compte par les décideurs afin d'optimiser la prise en charge hospitalière. Toutefois du chemin reste encore à parcourir.

Mots clés :

CRUQPC, Dossier médical, Usagers, représentant des usagers, Droit des patients, Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, Secret médical

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.