

FONCTION DE MEDIATION EN SANTE MENTALE

RAPPORT COMMUN

Pour l'année 2009

Par les médiatrices et médiateurs attachés aux Plates-formes de Concertation pour la Santé Mentale des Régions Wallonne et Bruxelloise

Table de matière

Introduction	3
Chapitre 1 : Présentation du travail – Données chiffrées	3
1. Introduction.....	3
2. Champ de travail.....	3
2.1. Temps de prestation	3
2.2. Nombre d’institutions.....	4
3. Données relatives aux interpellations enregistrées en 2009.....	4
3.1. Nombre total d’interpellations.....	4
3.2. Répartition par types d’institutions.....	4
3.3. Chiffres par rapport au contenu des interpellations.....	5
4. Activités complémentaires des médiateurs.....	8
Chapitre 2 : Difficultés et recommandations.....	8
1. Introduction.....	8
2. La fonction de la médiation : son organisation et sa pratique	8
2.1. Maintien de l’indépendance	8
2.2. Maintien de la neutralité et de l’impartialité.....	9
2.3. Respect du secret professionnel	10
2.4. Médiation en vue de trouver une solution.....	10
2.5. L’infrastructure, les personnes et les moyens qui sont mis à la disposition du service de médiation	11
2.6. L’exécution des missions administratives de la fonction de médiation.....	13
2.7. Cadre légal.....	14
3. Difficultés et recommandations en matière d’application des droits du patient.....	15
3.1. Droit à recevoir des soins de qualité :	15
3.2. Droit au libre choix du praticien	17
3.3. Droit à l’information relative à la santé:.....	18
3.4. Droit au consentement :	19

3.5. Droits relatifs au dossier :	20
3.6. Droit au respect de la vie privée :.....	21
3.7. Droit à la médiation	22
3.8. Droit à la représentation.....	22
4. Principales difficultés observées sans lien direct avec les droits du patient.....	23
Conclusion et perspectives.....	23

Introduction

Les médiatrices liées aux Plateformes de concertation pour la santé mentale Wallonnes et Bruxelloise, instituées par la loi 2002 relative aux "Droits du patient", rédigent depuis l'année 2008 un bilan global afin de présenter aux autorités politiques, aux professionnels de la santé ainsi qu'aux patients et leurs proches, les spécificités communes par rapport à leur fonction ainsi que des interpellations qu'elles sont amenées à traiter en milieu hospitalier psychiatrique, en maison de soins psychiatriques, en initiatives d'habitations protégées, ainsi qu'en défense sociale.

Le rapport consiste en trois parties. La première partie expose le travail et les données chiffrées relatives aux interpellations reçues en 2009. Dans la deuxième partie les difficultés et recommandations liées à la fonction de médiation et à l'application des droits du patient seront abordées. Pour conclure les médiateurs présentent leurs perspectives sur la fonction et l'application des droits du patient.

Chapitre 1 : Présentation du travail – Données chiffrées

1. Introduction

Ce chapitre expose le résultat du travail de l'ensemble des médiateurs Bruxellois et Wallons en santé mentale. Il présente successivement : le champ couvert par les médiateurs, leur horaire de travail, et surtout les données générales relatives aux interpellations reçues en 2009. Il se termine par une brève synthèse à propos des activités menées par les médiateurs en complément de la médiation proprement dite.

Afin d'aborder ces différents points, il importe de spécifier que le terme « interpellation » recouvre soit l'expression d'un mécontentement soit une question d'information soit encore une demande d'éclaircissement formulée par un patient par rapport aux soins dans le secteur de la santé mentale.

2. Champ de travail

2.1. Temps de prestation

Ce temps est variable selon les plates-formes

- 3 personnes à temps plein
- 1 personne à 75 %
- 2 personnes à 50%
- 1 personne à 20%

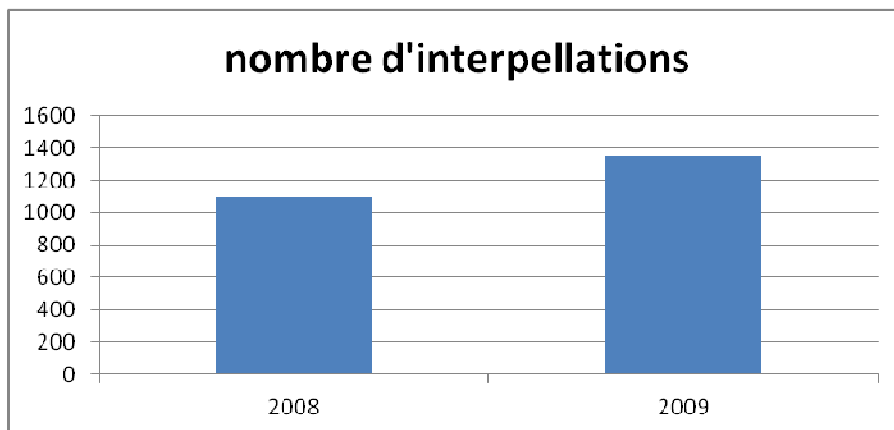
2.2. Nombre d'institutions

- Hôpitaux psychiatriques : 27
- Maisons de soins psychiatriques (MSP): 17
- Initiatives d'habitations protégées (IHP) : 31

3. Données relatives aux interpellations enregistrées en 2009

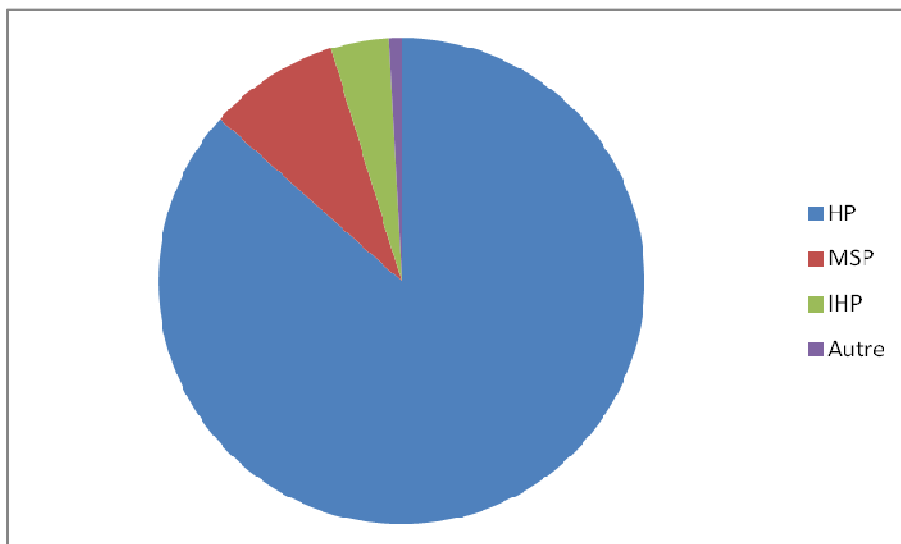
3.1. Nombre total d'interpellations

En 2009, les médiatrices attachées à la Plate-forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale et aux Plates-formes Wallonnes ont enregistré un total de 1354 interpellations. Ce chiffre indique une légère augmentation en comparaison avec l'année 2008.



3.2. Répartition par types d'institutions

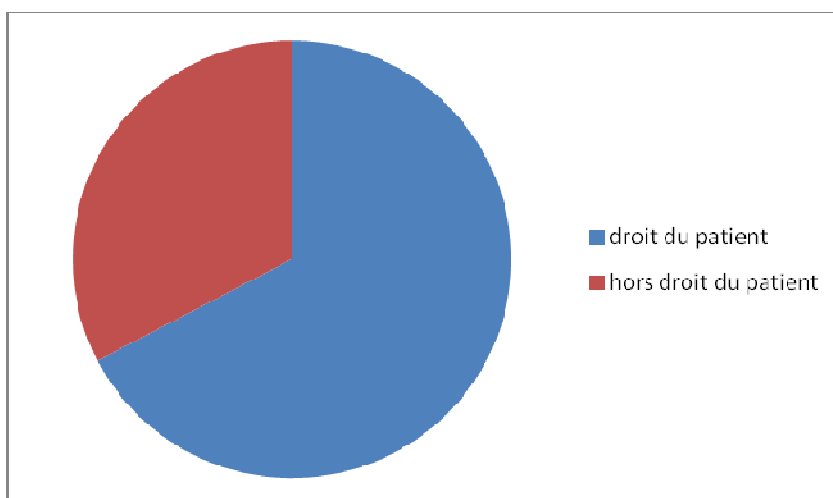
En fonction du type d'institutions, les interpellations se répartissent comme suit :



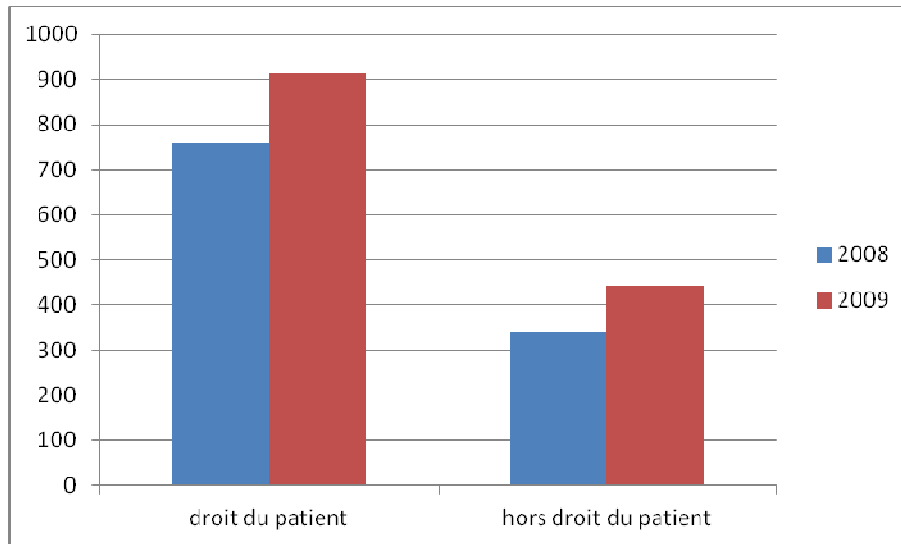
La plupart des interpellations ont été reçues dans les hôpitaux.

3.3. Chiffres par rapport au contenu des interpellations

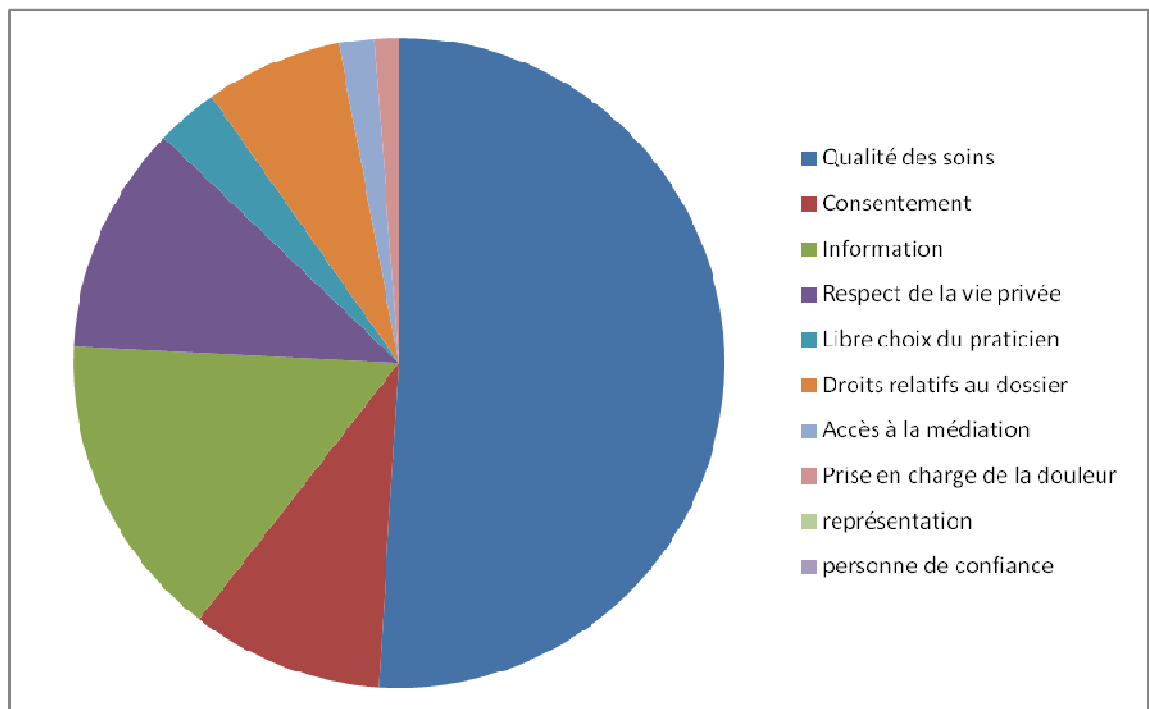
Dans le contenu même des interpellations, il importe de distinguer celles qui sont en rapport direct avec les droits du patient tels que précisés par la loi de 2002 et celles qui n'offrent pas de lien direct avec ces droits. Cette première répartition donne les chiffres suivants : les 1354 interpellations se répartissent en 912 interpellations en rapport avec les droits du patient et 442 interpellations qui ne les concernent pas directement.



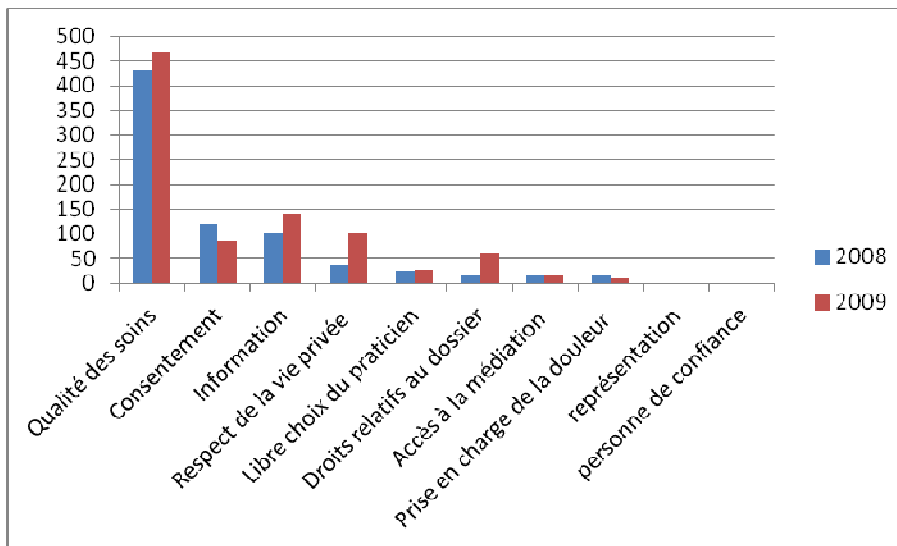
Le graphique suivant montre que la répartition entre les interpellations relatives aux droits du patient et les interpellations « hors droits du patient » est restée la même.



Les 912 interpellations relatives aux droits du patient sont elles-mêmes réparties en fonction du type de droit concerné :



Le graphique qui suit montre la comparaison de cette répartition entre les années 2008 et 2009. Au-delà de l'augmentation globale des interpellations en lien avec les droits du patient, la répartition selon les divers droits a changé légèrement : la grande majorité des interpellations concerne le droit à recevoir des soins de qualité. On constate une légère augmentation d'interpellations relatives au droit au respect de la vie privée, aux droits à recevoir l'information et aux droits relatifs au dossier.



Quant aux 442 autres interpellations, elles ne présentent pas de lien direct avec les droits du patient,

- soit parce qu'elles impliquent un type de professionnel qui n'appartient pas à une des catégories de professionnels reconnus officiellement comme praticiens de la santé (éducateurs, assistants sociaux, psychologues, personnel technique ou administratif)
- soit parce que le thème de l'interpellation ne concerne pas directement la relation de soin dispensée par un praticien de la santé. Dans la partie suivante les thèmes, difficultés et recommandations qui en découlent seront abordés.

4. Activités complémentaires des médiateurs

- La préparation et l'organisation des séances d'informations à destination des patients et professionnels
- La participation à des réunions et groupes de travail thématiques au sein des institutions mais également au niveau des plates-formes ;
- Formation continue : conférences, colloques et journées d'étude, intervisions en santé mentale, rencontres AMIS, supervisions.
- Lien Wallonie-Flandre

Chapitre 2 : Difficultés et recommandations

1. Introduction

Conformément au modèle de rapport annuel fourni par la Commission fédérale Droits du Patient, le texte qui suit aborde les difficultés et recommandations sous deux rubriques principales : d'une part l'organisation et la pratique de la fonction ; d'autre part, la mise en application des droits du patient sur le terrain. En complément, seront évoquées quelques difficultés récurrentes à propos de thématiques non directement liées aux droits du patient.

2. La fonction de la médiation : son organisation et sa pratique

2.1. Maintien de l'indépendance

DIFFICULTE

Certains médiateurs s'interrogent sur le mode de financement de leur fonction et sur le lien hiérarchique vis-à-vis du conseil d'administration de la plate-forme où sont représentés les responsables des institutions dans lesquelles ils exercent leurs activités. Ces médiateurs considèrent que leur indépendance demeure donc relative. Néanmoins, tous ne sont pas d'accord avec ce constat, les différences d'organisation de la fonction sont importantes d'une plate-forme à l'autre.

Recommandation

Le fait d'être engagé par une Plate-forme de concertation, organe externe aux institutions, garantit, selon nous, une plus grande indépendance de ces médiateurs par rapport aux médiateurs internes aux institutions. Cependant, pour certains, il serait utile de réorganiser la fonction au sein de leur plate-forme afin de leur permettre une indépendance encore plus importante.

2.2. Maintien de la neutralité et de l'impartialité

DIFFICULTÉ

Le maintien de la neutralité est un idéal exigeant qui demande un travail permanent au médiateur. Ceci apparaît d'autant plus difficile lorsqu'un droit n'est manifestement pas respecté.

Recommandation

La formation continue, le soutien aux médiateurs via des interventions et/ou des supervisions, sont des éléments qui renforcent le médiateur dans son positionnement impartial.

DIFFICULTÉ

L'impartialité et la neutralité du médiateur sont singulièrement complexifiées par le cadre légal qui est centré sur la notion de « droits du patient ». Le médiateur risque dès lors d'être perçu comme allié du patient.

Recommandations

L'information est primordiale. Il est nécessaire d'informer dans la continuité sur l'essence même de la fonction.

D'aucuns proposent de changer l'intitulé de la fonction selon des termes donnant la possibilité aux deux parties de déposer plainte par rapport aux droits et obligations qui les lient.

2.3. Respect du secret professionnel

DIFFICULTÉ

Les médiateurs sont parfois sollicités par l'un ou l'autre professionnel afin d'obtenir certaines informations relevant du secret professionnel¹ du médiateur.

Recommandation

Rappeler au professionnel que le médiateur est tenu au secret professionnel et a un devoir de confidentialité par rapport aux dires des parties.

2.4. Médiation en vue de trouver une solution

DIFFICULTÉ

Complexité parfois d'entrer en contact avec le personnel soignant, de part la présence à temps partiel du médiateur et/ou de certains professionnels. Par ailleurs, des médiateurs pointent également la réticence voire une mauvaise volonté de la part de certains acteurs de terrain.

Recommandation

Des rencontres régulières avec la direction médicale, le staff des médecins et des chefs de service, ainsi que des soignants de 1^{ère} ligne pourraient peut-être éviter cet écueil. Par ailleurs, rappelons que l'hôpital est tenu de donner au médiateur les conditions nécessaires à un travail correct, notamment garantir la place de la fonction de médiation dans l'hôpital.

¹ AR du 8 juillet 2003, art. 3.

DIFFICULTÉ

Certains médiateurs soulignent les difficultés que les parties en présence peuvent éprouver par rapport au déroulement du processus de médiation ou quant aux matières couvertes par la fonction. Il peut exister une difficulté à installer une égalité relationnelle entre soignant et patient dans le cadre de l'échange de médiation.

Du côté des plaignants, en raison de l'interférence des pathologies mentales (troubles de fonctions cognitives ; demandes irréalistes, ambivalentes ou inconstantes ; difficultés d'écouter la position de l'autre, difficultés à s'exprimer ou à formuler des attentes vis-à-vis du médiateur ; difficulté de se concentrer ou de mémoriser ce qui s'échange...) ou de par l'intitulé de la fonction et de la loi, le patient peut confondre la médiation avec une procédure de type punitif, ce qui engendre des attentes démesurées ou inadéquates.

Du côté des institutions, la médiation peut parfois être perçue comme une fonction réceptacle « fourre-tout » d'une série de problèmes sans lien avec les droits du patient.

En outre, certaines institutions ou services filtrent les patients qui ont accès à la médiation.

Recommandations

Poursuivre le travail d'information à propos de la médiation tant envers les patients que les professionnels.

Soutenir le médiateur, via des formations continuées.

2.5. L'infrastructure, les personnes et les moyens qui sont mis à la disposition du service de médiation

DIFFICULTÉ

Malgré les préceptes de la loi qui stipulent que le médiateur doit disposer d'un *environnement administratif et technique (nécessaires) à l'accomplissement de ses missions, entre autre un secrétariat, des moyens de communication et de déplacement, de la documentation et des moyens d'archivage*², certains médiateurs

² Art 14 §4 de l'AR du 8 juillet 2003 modifiant l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

rapportent que leurs conditions de travail ne sont pas optimales (par ex : aucun support au niveau secrétariat, téléphone fixe et connexion informatique dépendant de la centrale téléphonique et du serveur institutionnel...).

Recommandation

Veiller à ce que les conditions de l'AR soient correctement respectées.

DIFFICULTÉ

La multiplicité et la dispersion géographique des institutions nécessitent un degré d'organisation élevé. Les temps consacrés aux déplacements sont importants et, outre qu'ils engendrent beaucoup de fatigue, ils constituent un capital temps précieux à déduire des heures réellement prestées pour la fonction.

Recommandation

Si l'on veut maintenir la proximité et l'accessibilité pour les patients, il faut maintenir la présence, même partielle, du médiateur dans chaque institution. On pourrait plafonner le nombre d'institutions attribuées à chaque médiateur en répartissant les institutions d'une plate-forme sur plusieurs médiateurs ou en augmentant les horaires de travail.

DIFFICULTÉ

L'accessibilité du service de médiation pour les patients est parfois freinée par les conditions d'hospitalisation et/ou la situation du local de permanence. L'espace de médiation peut ne pas être discret (locaux à vue, sections fermées, par ex.).

Recommandation

Dans la mesure du possible, les locaux attribués aux médiateurs devraient garantir un espace de discrétion mais cependant être accessibles aisément.

DIFFICULTÉ

La ventilation du budget que les plates-formes de concertation et les hôpitaux reçoivent est laissée à l'appréciation de chaque structure moyennant le respect des conditions énoncées dans les arrêtés royaux *ad hoc*.

Rien n'est explicité au sujet de la formation continue. Or, il s'agit d'un outil essentiel dans l'amélioration de la pratique professionnelle des médiateurs. Cette formation continue peut prendre différents aspects tels des formations sur divers sujets en relation avec la fonction et le cadre de travail, la participation à des colloques, conférences... mais aussi des supervisions, des rencontres entre professionnels de la médiation...

Recommandation

Prévoir un budget spécifique à la formation continue des médiateurs ou, à tous le moins, permettre qu'une partie des budgets alloués à la médiation soit consacrée à l'amélioration de la pratique professionnelle des médiateurs.

2.6. L'exécution des missions administratives de la fonction de médiation

DIFFICULTÉ

Certains médiateurs disposent de trop peu de temps de travail pour effectuer le travail administratif inhérent à la fonction de médiation. L'exemple le plus flagrant est la multiplicité des rapports annuels qui est fonction du nombre d'institutions couvertes par un même médiateur. Ce dernier doit rédiger, outre les bilans statistiques à destination du SPF, un rapport par institution et un rapport global pour sa plate-forme.

Recommandations

Augmenter l'horaire et/ou la capacité en personnel des services de médiation en fonction des besoins.

Dégager les finances nécessaires à l'élaboration d'un programme informatique spécifique afin que les médiateurs disposent d'un programme d'enregistrement des données qui leur faciliterait grandement la tâche à l'heure des rapports annuels.

2.7. Cadre légal

DIFFICULTÉ

Actuellement, la législation est telle que seuls sont concernés par la loi sur les droits du patient, d'une part, les professions de soins de santé, telles que définies par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que, d'autre part, les praticiens professionnels ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales. Or, dans leur pratique, les médiateurs sont confrontés à des demandes qui concernent la prise en charge totale des usagers lors de l'hospitalisation. Ceci implique également des demandes de type administratif, hôtelier, ou en rapport avec des professionnels ne relevant du cadre légal actuel (assistant sociaux, éducateurs, psychologues...).

Recommandation

Une modification législative ouvrant la possibilité aux médiateurs de recevoir tout type de demandes en rapport avec l'hospitalisation serait judicieuse.

DIFFICULTÉ

Dans le même ordre d'idée, le fait que les médiateurs des Plates-formes ne soient pas compétents pour traiter les demandes des usagers des soins de santé mentale ambulatoires (des SSM par ex) est incohérent alors que ces mêmes services peuvent être membres des Plates-formes et accéder ainsi au service de médiation proposé par la Plate-forme ad hoc.

Recommandation

Ici aussi une modification législative paraît nécessaire en vue d'élargir le champ de compétence des médiateurs des plates-formes aux soins ambulatoires de santé mentale.

DIFFICULTÉ

Suite à un courrier reçu de la Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées en juin 2009, la question relative à l'obligation des IHP de faire appel au service de médiation au sein des plates-formes est relevée. La difficulté principale concerne le manque de clarté dans les textes législatifs pour donner une réponse univoque à la question.

Recommandation

Clarifier les textes législatifs

3. Difficultés et recommandations en matière d'application des droits du patient

L'objet de cette partie est d'aborder les difficultés d'application des droits du patient dans le champ de la santé mentale, telle qu'elles sont relevées à partir des interpellations reçues par les médiateurs (-trices). Les difficultés ici énoncées ont été choisies sur base de 2 critères : soit elles ont été notées par au moins deux médiateurs (-trices), soit elles ont paru particulièrement importantes à signaler.

3.1. Droit à recevoir des soins de qualité

DIFFICULTÉS

1. Plaintes somatiques :
 - prise en charge jugée insuffisante ;
 - plaintes non entendues ou non prises au sérieux ;
 - délais trop longs avant un examen somatique
2. Disponibilité : une insuffisance de disponibilité des soignants est souvent pointée
3. Mise en cause des traitements médicamenteux :
 - insuffisance de prise en compte des effets secondaires ;
 - traitements axés sur la médication plus que sur les entretiens, parfois même refus de soutien psychologique
4. Discordance entre des messages incitant à l'autonomisation et attitudes paternalistes

5. Souffrance liée à l'enfermement. Difficulté de nouer une alliance thérapeutique sous la contrainte
6. Perception d'une insuffisance d'amélioration, voire parfois d'une aggravation de l'état clinique consécutivement à l'hospitalisation.
7. Dimension « punitive » ou « carcérale » de l'hospitalisation (désaccord sur le sens thérapeutique de certaines mesures); évocation de la violence des mesures d'isolement ou de contention
8. Difficulté de dialogue avec les médecins
9. Gestion insatisfaisante par le personnel des conflits entre patients, ambiance tendue au sein des services.
10. Insuffisamment de cohérence dans la gestion de la coordination ou de la continuité des soins (par exemple au moment des sorties, des transferts dans d'autres structures de soins, ou encore dans les relations avec les médecins traitants ou des médecins spécialistes extérieurs aux institutions)

Recommandations aux institutions

1. A propos de la prise en charge des plaintes somatiques :
 - mieux les entendre et y porter attention ;
 - augmenter la présence de médecins généralistes au sein des institutions psychiatriques ;
 - organisation du suivi des soins somatiques qui permette une prise en charge optimale
2. A propos de la souffrance liée aux conditions d'hospitalisation :
 - attention accrue à l'accompagnement de la souffrance liée aux perturbations existentielles consécutives à la maladie mentale et à l'enfermement ;
 - réflexion quant aux moyens d'humaniser l'enfermement et le séjour en hôpital ;
 - valorisation des compétences résiduelles des personnes malades ;
 - vigilance aux jugements disqualifiants ou moralisateurs
3. A propos des attentes en matière relationnelle :
 - amélioration des possibilités de prise en charge personnalisée (infirmiers référents ou psychologues)

- renforcement du staff médical, réflexion quant aux moyens d'augmenter la disponibilité médicale
4. A propos des traitements médicamenteux :
- réflexion quant aux modalités thérapeutiques alternatives à la médication ;
 - meilleure prise en compte des effets secondaires

Recommandations aux autorités ou à d'autres personnes

1. Augmentation des normes d'encadrement médical, psychologique et infirmier, particulièrement dans les sections hébergeant des patients aux pathologies graves. Renforcement de l'attractivité de ces fonctions.
2. Soutien au personnel soignant par le biais de supervisions, de formations complémentaires ou continues
3. Réduction des tâches administratives imposées aux médecins et aux infirmiers
4. Développement de solutions alternatives aux hospitalisations prolongées et aux hospitalisations contraintes
5. Limitation des mesures de contrainte aux situations qui le nécessitent de manière impérieuse ; révision de la loi de 1990

3.2. Droit au libre choix du praticien

DIFFICULTÉS

- Droit difficilement applicable dans le cadre des hospitalisations contraintes
- Difficulté pour les patients hospitalisés d'obtenir un second avis psychiatrique, soit pour des raisons de coût, soit parce que cela ne leur est pas autorisé, soit parce que l'organisation d'une telle consultation à l'extérieur est compliquée...
- Difficulté à obtenir un transfert dans une autre institution.

Recommandations aux institutions

- Soutenir le patient dans ses démarches pour obtenir un second avis

Recommandations aux autorités

- Garantir l'accessibilité effective à un second avis extérieur ou à une expertise, sans que cela n'occasionne des frais importants à charge du patient (remboursement des frais d'expertise).

3.3. Droit à l'information relative à la santé:

DIFFICULTÉS

1. Information jugée insatisfaisante à propos :
 - des modalités de mise en observation : timing, raisons, identité de l'avocat, possibilités de recours, sorties, personnes responsables
 - de la préparation d'un transfert ou d'une sortie
 - de la médication : effets attendus, effets secondaires, traitements alternatifs
 - de la prise en charge financière des soins
 - du diagnostic
 - du pronostic et de l'évolution de l'état de santé
2. Face à l'autorité médicale, craintes de certains patients de formuler des questions
3. Difficultés vécues par les familles pour être impliquées dans le processus d'information
4. Méconnaissance du rôle de la personne de confiance ; confusion avec le rôle de ces personnes dans d'autres lois (Administration de biens)

Recommandations aux institutions

1. Amélioration de la qualité de l'information : à cette fin, on peut recommander :
 - la communication d'informations adaptées qui répondent aux attentes spécifiques de chaque patient
 - la systématisation des mises au point régulières entre le patient et des représentants de l'équipe de soin

- la promotion d'un climat de dialogue afin que les patients ne craignent pas de poser leurs questions

2. Prise en compte de la famille :

- communication d'informations via les modalités prévues par la loi, c'est-à-dire recours plus systématique à la personne de confiance ou au représentant
- de manière plus générale, créer un climat propice à la collaboration avec les familles

Recommandations aux autorités ou à d'autres personnes

1. Information claire et adaptée à propos des modalités de mise en observation et des possibilités de recours (brochure)
2. Promotion du rôle de la personne de confiance et du représentant dans le cadre des droits du patient et de la personne de confiance dans le cadre de la loi de 1990
3. Dans la formation des professions soignantes, prévoir une sensibilisation à la communication
4. Clarification légale du rôle des personnes de confiance dans les différentes lois où elles interviennent

3.4. Droit au consentement :

DIFFICULTÉS

1. Difficultés d'application importantes dans le cadre de la mise en observation et surtout de la défense sociale
2. Confusion fréquente entre contrainte d'hospitalisation et contrainte d'un traitement déterminé ; difficulté de faire valoir pour le patient son refus du traitement médicamenteux.
3. Respect insuffisant du caractère éclairé du consentement : manque d'informations à propos des traitements

Recommandations pour les institutions

1. Promotion d'un dialogue entre le médecin et le patient qui permettrait de co-construire dans le respect mutuel la prise en charge du patient et de débattre quant à l'existence ou pas d'alternatives de soins.
2. Recours à l'avis du mandataire ou du représentant légal en cas d'incapacité totale ou temporaire à consentir aux soins, en veillant toutefois à impliquer autant que possible le patient dans les décisions qui le concernent.
3. Distinguer la dimension de la contrainte visant la décision d'hospitalisation de la dimension de l'adhésion aux modalités d'un traitement proposé.

Recommandations aux autorités

Mener une réflexion quant à la manière d'intégrer le droit au consentement dans un contexte de contrainte de soin.

3.5. Droits relatifs au dossier :

DIFFICULTÉS

Les problèmes rapportés par les patients qui sollicitent une consultation ou une copie de leur dossier portent sur :

- Le délai allongé de réponse
- Le recours facile à l'exception thérapeutique
- La suspicion de « doubles dossiers »
- La méconnaissance du rôle de la personne de confiance

Recommandations aux institutions

1. Dispenser des informations aux professionnels concernés quant aux modalités d'accès au dossier pour le patient (respect du délai)
2. Instaurer un espace de dialogue autour des demandes du patient

3.6. Droit au respect de la vie privée :

DIFFICULTÉS

1. Insonorisation insuffisante de certains locaux où sont dispensés des soins
2. Respect des balises du secret professionnel dans la pratique du secret partagé : la globalité des informations relatives au patient se partage souvent au sein d'une équipe
3. Entretiens médicaux menés dans un espace collectif (bureau infirmier)
4. Vécu d'intrusion dans l'intimité : toilettes, contrôle des visites, fouilles, conversations téléphoniques dans un espace non confidentiel, ouverture de courrier, empêchement de certaines relations affectives
5. Limitation des possibilités de libre pratique religieuse ou de contact avec les représentants du culte
6. Souffrance et questionnement du patient à propos de sa sexualité et de la possibilité d'avoir des relations dans l'institution : tension entre la préservation de l'intimité et les règles organisant la vie en communauté
7. Obligation pour les patients de se raconter dans leur vie personnelle
8. Présence de stagiaire ou d'une autre personne lors d'un soin sans accord préalable

Recommandations aux institutions

1. Respect des balises strictes du secret professionnel partagé : accord du patient quant aux informations qui se partagent, contenu limité à ce qui est nécessaire sur le plan thérapeutique, partage entre professionnels eux-mêmes soumis au secret professionnel.
2. Respect de l'intimité minimale des patients lors de soins.
3. Respect d'un principe de proportionnalité dans le cadre de pratiques d'intrusion dans l'espace privé du patient (chambre, contrôles,...)
4. Respect des convictions et pratiques religieuses, ainsi que des liens affectifs du patient.
5. Réflexion à mener entre professionnels quant à l'accompagnement à offrir aux personnes dont l'identité et la vie sexuelle sont troublées par la maladie, la médication, la vie en communauté institutionnelle.

6. Garantir la confidentialité de certains lieux d'échanges dans le respect de l'intimité du patient (conversations téléphoniques, visites des familles).
7. Réflexion critique sur l'équilibre à trouver entre le respect de l'intimité de l'individu et l'espace d'échanges collectifs instauré sous mode de soin (par exemple les groupes de parole).

3.7. Droit à la médiation

DIFFICULTÉS

Du droit d'accès à un service de médiation compétent : déficit d'accessibilité, peur de représailles, refus de laisser les médiateurs mener certaines de leurs missions

3.8. Droit à la représentation

DIFFICULTÉS

Aucune plainte relative à la représentation du patient n'est rapportée en 2009 à proprement parler. Toutefois, les médiateurs constatent que malgré le fait que certains patients psychiatriques sont considérés comme incapables d'apprécier leurs intérêts, le recours au représentant ne se pratique que très rarement.

Il existe une réelle méconnaissance des patients, des familles et des professionnels à ce sujet.

Par ailleurs, si le système de représentation est mis en place, le patient est très peu impliqué dans les prises de décisions qui le concernent, ce que nous déplorons.

Recommandation

Information quant aux modalités légales mentionnées comme telles dans la loi relative aux droits du patient.

4. Principales difficultés observées sans lien direct avec les droits du patient

1. Plaintes visant des professionnels autres que les professionnels de la santé :

- Lors de la procédure de mise en observation en vertu de la loi de 1990, mise en cause des services de l'avocat (pas de contact avant l'audience, attitude non concernée ou passive), ce qui aboutit au vécu des patients de n'être pas défendus
- Violences policières vécues par des patients lors de la procédure urgente de mise en observation
- Refus de policiers de prendre des dépositions de malades psychiatriques
- Administrateurs de bien : non accessibles, rapports annuels non communiqués aux patients, intrusion dans le champ médical.....

2. Plaintes dont le contenu sort du champ d'application des droits du patient :

- Sécurité de l'argent et des objets personnels dans les institutions (vols, trafics, racket...)
- Hygiène et propreté des locaux

Conclusion et perspectives

Chiffres

On constate une légère augmentation du nombre de plaintes entre 2008 et 2009. La majorité des plaintes concernent la qualité des soins mais on remarque que les demandes liées aux droits à l'information, à la vie privée et au dossier médical augmentent.

Difficultés d'organisation et de mise en pratique de la fonction de médiation : quelques pistes de réflexion.

- L'information quant aux droits du patient et à la fonction de médiation tant vers les patients que les structures de soins est un élément fondamental du travail du médiateur. L'information juste et précise permet de promouvoir correctement les

droits des patients et de définir le médiateur dans sa position objective, neutre et multipartiale. Ce travail est quotidien pour les médiateurs.

- Au sujet des conditions de travail (bureau de permanence, téléphonie, internet, secrétariat...), les médiateurs ne sont pas logés à la même enseigne. Il est primordial de veiller à l'application des modalités pratiques prévues par la loi.
- Dans le même ordre d'idée, il faut veiller à mettre en place un cadre de travail correct afin de proposer aux patients un service disponible et efficace. Pour certains médiateurs, le ratio charge de travail/horaire presté ne répond pas aux besoins du terrain, clairement ces médiateurs ont trop de travail/trop peu de temps pour prendre en charge les demandes dans des délais acceptables et assurer les autres missions qui leur sont dévolues par la loi (prévention, recommandation, rapport..).
- La promotion de la formation continue comme renforcement des médiateurs est indispensable.
- Une modification des textes législatifs en vue d'élargir le champ d'application de la loi afin de rencontrer les nécessités du terrain est également essentielle.

Difficultés et recommandations en matière d'application des droits du patient : quelques éléments à mettre en évidence

- La continuité des soins efficace au sein du réseau et la participation active du patient à son trajet de soins participe à l'application des droits du patient.
- Une meilleure disponibilité des soignants par un renforcement de l'encadrement permettrait d'éviter de nombreuses plaintes.
- Les personnes hospitalisées dans le cadre de loi PPMM sont une partie non négligeable de la patientèle. A différents niveaux, il est difficile de faire cohabiter droits du patient et contrainte (libre choix du praticien, consentement libre et éclairé...).
- L'information correcte du patient sur l'organisation des procédures au sein de l'institution quelque soit le moment de l'hospitalisation (admission, séjour, sortie) est indispensable pour éviter de nombreuses plaintes.
- Mêmes si ces procédures doivent être plutôt exceptionnelles, et ce afin de promouvoir un maximum l'autonomie du patient, il serait opportun de recourir de façon plus systématique, lorsque cela s'avère utile, à la représentation du patient et/ou à la personne de confiance.
- Une des spécificités de l'hospitalisation en psychiatrie peut être définie par la notion de vie en communauté. En effet, les patients sont pris en charge au sein du service pour un temps plus ou moins long. Il s'agit pour eux d'un milieu de soins mais également d'un milieu de vie. Dans ce cadre, l'intimité, la vie privée sont parfois mises à mal.

Difficulté sans lien direct avec les droits du patient mais problèmes récurrents :

Les médiateurs en soins de santé mentale sont amenés à entendre des plaintes concernant des professions spécifiques en lien avec les patients d'hôpitaux psychiatriques tels les administrateurs provisoires de bien, la police ou encore les avocats dans les procédures de la loi de PPMM, mais vis-à-vis desquelles ils n'ont aucune légitimité. Nous constatons que certains droits civiques sont mis à mal voire bafoués au titre que le patient est un malade mental.

Au final, l'activité des médiateurs en santé mentale rattachés aux plates-formes de concertation reste stable en 2009 malgré une légère augmentation du nombre de plaintes.

La position externe de ces médiateurs reste une qualité pour de nombreux patients. Elle est également un avantage pour le médiateur et sa nécessaire impartialité.