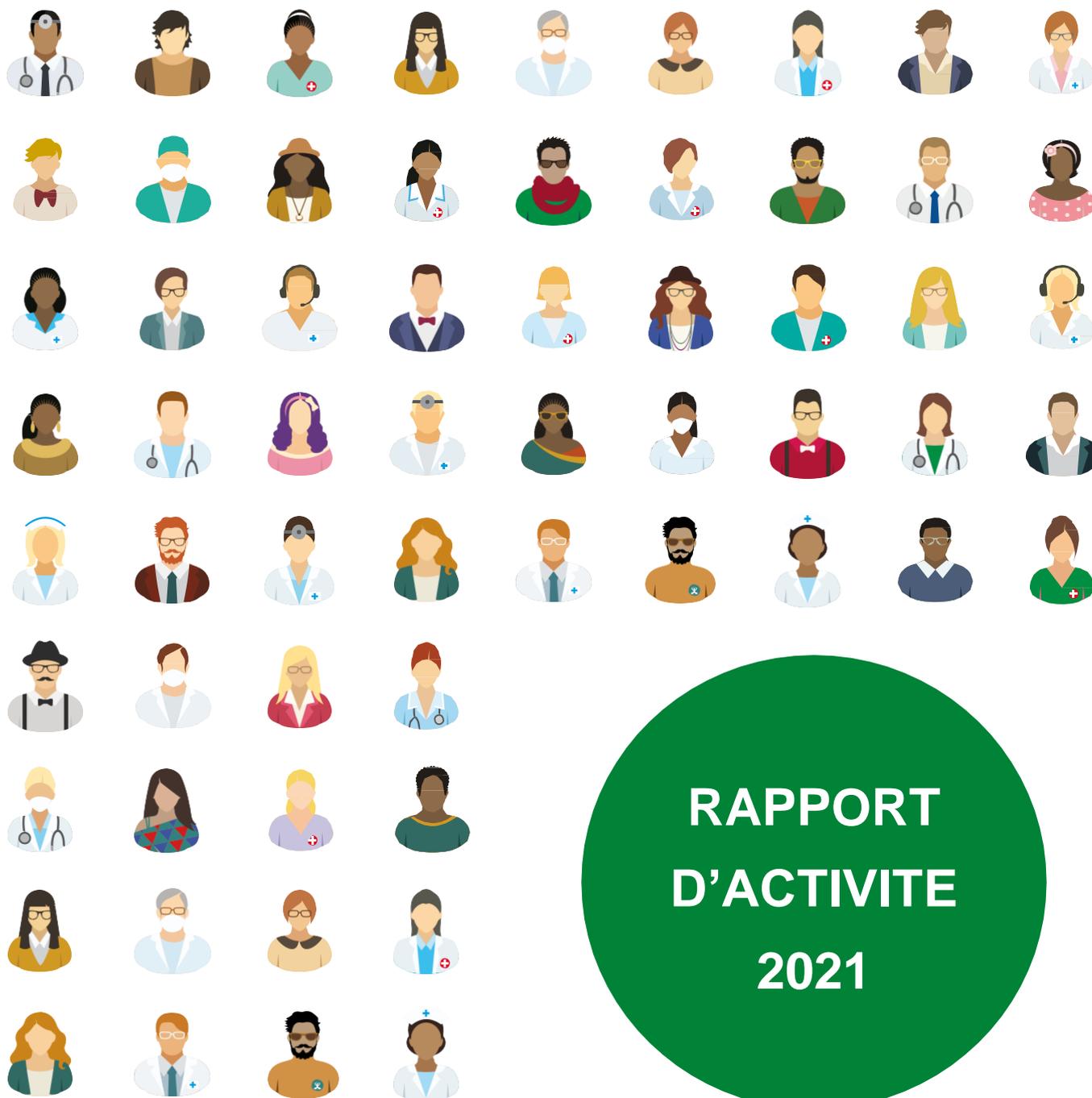




LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Service national d'information et de
médiation dans le domaine de la santé



SOMMAIRE

AVANT-PROPOS DU MEDiateUR	2
ACTIVITÉ DU SERVICE	3
INFORMATION ET ACCÈS AU DROIT	4
MISSION D'INFORMATION ET D'ACCÈS AU DROIT.....	4
SOLLICITATIONS DANS LE CADRE DE CETTE MISSION	4
PATIENTS HOSPITALISÉS SANS LEUR CONSENTEMENT	6
MISSION <i>AD HOC</i> D'INFORMATION ET D'ACCÈS AU DROIT.....	6
SOLLICITATIONS DANS LE CADRE DE CETTE MISSION	6
POINT DE CONTACT EN MATIÈRE DE SOINS TRANSFRONTALIERS	8
MISSIONS DES DEUX POINTS DE CONTACT LUXEMBOURGEOIS	8
SOLLICITATIONS DANS LE CADRE DE CETTE MISSION	8
PLAINTES ET MÉDIATIONS	10
MISSION DANS LE CADRE DES PLAINTES ET DE LA RÉOLUTION DES DIFFÉRENDS	10
PRÉ-MÉDIATION : PHASE D'INFORMATION ET D'ORIENTATION	11
MÉDIATIONS DIRECTES ET INDIRECTES	12
NOMBRE ET RÉPARTITION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET DE MÉDIATION	12
EXEMPLES CONCRETS	14
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	17
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES SOINS PSYCHIATRIQUES	17
CONSTATS	17
RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES SOINS PSYCHIATRIQUES	18
CONSTATS LIÉS À LA PANDÉMIE COVID-19	19
ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS (ART. 4).....	19
LIBRE CHOIX (ART. 5)	21
ACCOMPAGNATEUR ET DROIT DE VISITE (ART. 7).....	21
INFORMATION ET PRISE DE DÉCISION (ART. 8).....	21
SECRET MÉDICAL ET PROTECTION DES DONNÉES	21
SUIVI DES RECOMMANDATIONS PRÉCÉDENTES	22
ANNEXES	24
ANNEXE 1 - RÉUNIONS, CONFÉRENCES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS	24

ANNEXE 2 - APERÇU DE LA LOI MODIFIÉE DU 10 DÉCEMBRE 2009 ENCADRANT L'HOSPITALISATION SANS	
CONSENTEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX	26
HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE EN SOINS PSYCHIATRIQUES	26
PLACEMENT JUDICIAIRE	31

Avant-propos du médiateur

Le Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé, ci-après « service », est en place depuis avril 2015. Le présent cinquième rapport¹ porte sur l'année 2021.

Le service assume une mission d'information, de médiation et de prévention des conflits, axée sur la relation entre le patient, son entourage, et les prestataires de soins de santé.

En tant qu'intermédiaire omni-partial, nous concevons notre rôle comme celui d'un facilitateur de l'entente, dans le sens d'écoute et de compréhension mutuelle, afin de réconcilier dans la mesure du possible le patient, son entourage, et le(s) professionnel(s) de santé. Cela demande aussi de responsabiliser le patient et le prestataire, en les impliquant directement et personnellement dans le processus de médiation.

L'année 2021 a été pour le service, tout comme pour nous tous, une année marquée par la pandémie au nouveau coronavirus SARS-CoV-2 et qui nous occupe toujours actuellement. Malgré cela, un fonctionnement normal a pu être assuré et nous avons pu reprendre des activités suspendues en 2020. Nous remercions ainsi Monsieur le Dr Carlo Bock pour sa disponibilité pour tenir une conférence au sujet de la fin de vie. Nous nous réjouissons aussi de la qualité de la formation 'Emotionale Prozesse konstruktiv nutzen!' tenue par Monsieur Oliver Martin et que nous avons organisée avec l'ALMA.

Le présent rapport se focalise sur le volet des soins psychiatriques, alors que le service s'est vu attribuer une nouvelle fonction dans ce domaine. Nous avons aussi dressé un bilan des sollicitations en rapport avec la pandémie (en 2020 et 2021).

Comme par le passé, le service a continué à bénéficier de l'aide et du soutien d'un grand nombre de personnes, d'administrations publiques et d'acteurs du secteur de la santé, du social et de la médiation, qu'il nous importe de remercier chaleureusement.

Mike SCHWEBAG



Médiateur de la santé

¹ Les rapports annuels sont disponibles en ligne sur le site internet du Service : https://mediateursante.public.lu/fr/publications.activity_reports.html.

Activité du service

Le « Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé » est un service étatique indépendant.

Conformément à ce qui est prévu par la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, notre service remplit dans le domaine de la santé une mission de:

- centre d'information et d'accès au droit ;
- centre de médiation pour tout conflit entre un patient et un prestataire de soins de santé ;
- point de contact pour les soins-transfrontaliers, ensemble avec la Caisse Nationale de Santé.

En mars 2021, le médiateur de la santé a été désigné par la Ministre de la Santé comme point de contact auprès duquel les patients atteints de troubles mentaux hospitalisés sans leur consentement peuvent s'adresser s'ils veulent s'informer sur leurs droits ou s'ils veulent être conseillés dans des affaires juridiques ou autres qui les concernent.

Notre objectif est d'appuyer les patients et les professionnels de santé dans une mise en œuvre harmonieuse des droits et obligations du patient et de contribuer ainsi à la création d'un partenariat respectueux entre patients et prestataires de soins de santé. Cet objectif est encore poursuivi au travers nos missions connexes de promotion des droits et obligations du patient et prévention des conflits. Pour les patients et les professionnels de santé qui s'adressent à nous, nous souhaitons être un lieu :

- d'écoute, d'information et d'assistance ;
- d'apaisement, de rencontre, de dialogue et de recherche de solutions.

Aux activités en rapport direct avec le public s'ajoutent des tâches administratives et logistiques, l'entretien de contacts et la communication.

Information et accès au droit

Mission d'information et d'accès au droit

Le service est à la disposition des prestataires de soins de santé, des patients et des citoyens. Son objectif étant de leur fournir des informations sur leurs droits et obligations. Le cas échéant, nous mettons également à la disposition du public des informations sur le système de santé luxembourgeois, ses principaux acteurs et son fonctionnement.

La mission d'information couvre aussi l'organisation, le fonctionnement et les règles de la médiation, ainsi que les autres voies possibles de règlement d'un litige, notamment les voies judiciaires, les instances ordinales, les organes de la sécurité sociale ou toute autre instance compétente le cas échéant.

En pratique, la mission d'information et d'accès au droit peut être en lien avec la mission de gestion de plainte et de médiation dont question plus loin. Il arrive qu'en premier lieu une demande d'information ponctuelle nous est adressée et qu'après la phase d'information une demande de médiation est faite. De même, dans la phase de pré-médiation, le service peut être amené à répondre à des questions ponctuelles.

Sollicitations dans le cadre de cette mission

Les sollicitations dans le cadre de la mission d'information et d'accès au droit du service se font la plupart du temps par téléphone ou par e-mail. La fréquence et l'objet des demandes d'information sont très variables.

En 2021, un nombre important de sollicitations a été en lien avec la situation sanitaire exceptionnelle, parfois sans lien direct avec la mission du service. Un nombre important de demandes d'informations concernaient en effet les règles sanitaires applicables, les restrictions mises en place, les mesures de quarantaine et d'isolement, le fonctionnement du traçage des cas contact (tracing). Le service s'est efforcé d'y répondre dans la mesure du possible, alors que de nombreux appelants ont indiqué avoir tenté en vain de joindre la Helpline COVID-19 débordée par les demandes. A l'instar d'autres acteurs, nous avons aussi été le destinataire de message critiquant les mesures de la lutte contre la pandémie Covid-19 en général et, en particulier, la vaccination.

Plus en lien avec les missions du service, de nombreuses prises de contact ont concerné le fonctionnement du système de santé et les droits du patient en situation de crise : interventions reportées; limitation du droit à un accompagnateur ; restrictions des visites dans les établissements hospitaliers (limitation des heures et du nombre de personnes pouvant rendre visite ; situations exceptionnelles ...) ; accès au dépistage (testing) ; accès à la vaccination ...

A côté des questions en lien direct avec la pandémie, des questions générales sur les droits et obligations découlant de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient sont restées d'actualité (accès au dossier patient ; désignation et rôle de la personne de confiance ...). Les renseignements sollicités concernaient aussi d'autres dispositions légales, telles que le cadre juridique résultant des lois du 16 mars 2009 applicables en fin de vie, notamment les moyens à disposition pour s'exprimer à l'avance sur sa fin de vie.

Les questions portant sur le remboursement des soins de santé par les organismes de sécurité sociale ont diminué en 2021.

Peu de questions ont été posées par des professionnels de santé (soignants, médecins et autres professions de santé).

L'intervention du service est toujours guidée par le souci d'accueillir avec empathie les préoccupations exprimées, de délivrer des informations objectives, d'apaiser les conflits potentiels et de prévenir les plaintes, en renforçant la communication entre les professionnels de santé et les patients. Le cas échéant, le service fournit des informations sur l'existence de structures internes de gestion des plaintes auprès des prestataires ou réoriente vers d'autres instances tel que l'Ombudsman.

Patients hospitalisés sans leur consentement

Mission *ad hoc* d'information et d'accès au droit

L'hospitalisation d'une personne en milieu psychiatrique sans son consentement est une mesure exceptionnelle encadrée par la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux. Cette loi vise à la fois l'hospitalisation contre le gré de la personne concernée et celle de la personne qui, sans s'y opposer, est hors état de pouvoir valablement y consentir. Dans tous les cas, l'association du patient au traitement doit être recherchée dans la mesure du possible.

L'on distingue deux cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement:

- placement médical : l'hospitalisation, à la demande d'un tiers, d'un patient qui présente des troubles psychiques graves le rendant dangereux pour lui-même ou pour autrui ;
- placement judiciaire : l'hospitalisation, sur ordonnance de placement d'une juridiction pénale d'instruction ou de jugement en cas d'irresponsabilité pénale, lorsque la personne déclarée pénalement irresponsable constitue toujours un danger pour elle-même ou pour autrui (article 71 du Code pénal). Les placements judiciaires ne peuvent intervenir que dans un établissement psychiatrique spécialisé, à l'exclusion des services de psychiatrie des hôpitaux.

Depuis mars 2021, le médiateur de la santé remplit la fonction de point contact auquel les patients et leurs proches peuvent s'adresser, s'ils veulent s'informer sur leurs droits spécifiques en la matière ou s'ils veulent être conseillés dans des affaires juridiques ou autres qui les concernent (fonction prévue à l'article 47 de la loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux).

Afin de se familiariser avec cette mission nouvelle, le service a pris contact avec les différents acteurs de terrain pour se faire une image de la situation concrète. Nous avons ainsi visité au courant de l'année 2021 les structures de psychiatrie aiguë qui, au sein de chaque établissement hospitalier général, prennent en charge les patients en situation de crise aiguë. Nous avons également visité le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP), qui prend en charge les hospitalisations de longue durée en vue d'une réhabilitation à moyen et long terme.

Nous avons dressé un aperçu de l'encadrement juridique de l'hospitalisation sans consentement des personnes atteintes de troubles mentaux en application de la loi modifiée du 10 décembre 2009 (voir annexe 2 de ce rapport) et avons mis en ligne une rubrique dédiée à ce sujet pour mieux informer le public sur l'hospitalisation non consentie (<https://mediateursante.public.lu/fr/vos-droits/psyfermee.html>).

Sollicitations dans le cadre de cette mission

Les sollicitations dans le cadre de cette nouvelle mission étaient peu nombreuses. Elles proviennent à la fois des patients eux-mêmes, qui reçoivent les coordonnées du service lors de leur admission en soins fermés.

Les questions provenant des patients eux-mêmes concernent le plus souvent leurs voies de recours, ainsi que la durée prévisible de la période d'observation. Les patients déclarent souvent souhaiter

s'adressent aux instances judiciaires pour contester leur hospitalisation ou déclarent l'avoir déjà fait en parallèle. Les prises de contact par des patients placés au CHNP sont peu fréquentes.

Les demandes d'information émanent aussi de l'entourage de la personne hospitalisée en soins psychiatriques. L'entourage recherche la plupart du temps des informations d'ordre plus général, y compris sur des questions pratiques qui vont au-delà de la mesure elle-même (p. ex. comment payer les factures du patient qui est empêché de s'en occuper). Nous avons aussi noté un grand besoin de comprendre ce qui arrive au proche, de s'associer à la prise en charge, de s'informer sur l'existence de groupes de soutien ou de parole dédiés aux proches etc. Le service essaye d'informer et de guider au mieux. En 2022, une rencontre avec une association de patients active dans ce domaine est prévue.

Au-delà de sa mission *ad hoc* d'information, de conseil et d'accès au droit, le service a également reçu des demandes de médiation en rapport avec des hospitalisations en soins psychiatriques fermés. Un processus de médiation entre un patient, ses proches, et le médecin psychiatre traitant a, par exemple, été mis en place. Un échange en présence de l'entourage du patient et du patient a pu avoir lieu, ce qui a permis aux parties de s'échanger sur leur vécu. Les difficultés rencontrées par le patient et son entourage ont été entendues et reconnues. L'entourage et le patient ont entendu et compris que ces difficultés étaient en partie liées à la situation résultant de la pandémie.

Nous avons aussi été contacté à plusieurs reprises avec la demande de voir accélérer le transfert de la psychiatrie aiguë dans le service de psychiatrie aiguë d'un autre hôpital ou en soins de réhabilitation au CHNP. Après prise de contact avec le médecin-psychiatre traitant, les procédures et démarches en cours ont été clarifiées et, au besoin, expliquées au patient. La plupart du temps, ces conflits sont liés au temps d'attente parfois important avant qu'une place ne se libère dans l'établissement d'accueil.

Le service a finalement été contacté dans le contexte plus spécifique d'une mesure de protection prise en Belgique avec obligation d'un suivi régulier en Belgique concernant une étudiante entretemps retournée habiter au Luxembourg. Le service a contacté le médecin traitant belge et une solution permettant le suivi au Luxembourg a pu être trouvée et a été validée par les autorités judiciaires belges.

Point de contact en matière de soins transfrontaliers

Conformément à ce qu'exige la directive 2011/24/UE, chaque État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen a désigné au moins un point de contact national chargé de fournir les informations essentielles sur les soins de santé transfrontaliers.

Missions des deux points de contact luxembourgeois

Le Luxembourg a désigné deux points de contact en matière de soins transfrontaliers avec un partage fonctionnel des compétences :

Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

Notre service traite les questions des patients affiliés à l'étranger qui désirent se renseigner sur :

- le système de santé luxembourgeois (prestataires, normes, qualité, etc.) ;
- les droits et obligations du patient ;
- les possibilités de règlement des différends (démarches en cas de litige).

En ce qui concerne les soins transfrontaliers d'un affilié luxembourgeois à l'étranger, nous sommes à la disposition des patients pour :

- répondre à des questions d'ordre général ;
- régler à l'amiable des différends, le cas échéant moyennant une médiation transfrontalière (au besoin, elle peut aussi se faire de façon indirecte par courrier ou par conférence téléphonique).

CNS - Caisse nationale de santé

Le point de contact au sein de la CNS traite prioritairement les questions qui concernent les points suivants :

- le remboursement des coûts de soins de santé transfrontaliers ;
- l'autorisation préalable de soins à l'étranger ;
- les tarifs et le niveau de remboursement applicables dans le cadre du système de sécurité sociale luxembourgeois.

Réseau des points de contact en matière de soins transfrontaliers

Notre service et la CNS collaborent au niveau européen avec nos homologues étrangers dans le cadre du réseau des points de contact en matière de soins transfrontaliers.

Notre service participe avec la CNS, en fonction de l'ordre du jour, aux réunions de coordination des points de contact nationaux organisées par la Commission européenne à Bruxelles.

Au besoin, les points de contact peuvent s'adresser aux points de contact d'un autre État membre en sollicitant leur assistance.

Sollicitations dans le cadre de cette mission

Les sollicitations de patients dans le cadre de la fonction de point de contact en matière de soins transfrontaliers ont été peu nombreuses.

Les questions provenant de patients affiliés dans un autre État membre concernent principalement la disponibilité de soins au Luxembourg, ainsi que les conditions financières d'une prise en charge potentielle.

Les questions provenant d'affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise concernent en pratique le plus souvent le remboursement de soins à l'étranger ou les démarches préalablement requises. Le point de contact au sein de la CNS est compétent pour offrir une réponse circonstanciée à ces questions, notre service se limitant à fournir une réponse d'ordre plus général.

En cas de conflit transfrontalier, une médiation transfrontalière par conférence téléphonique ou une médiation indirecte par correspondance peut être envisagée. Le service dispose à cette fin d'un outil de téléconférence.

En 2021, la crise pandémique a eu son impacte au niveau des soins transfrontaliers. La coopération européenne a permis de prendre en charge des patients gravement atteint de la Covid dans d'autres Etats-membres. En même temps, nous avons notamment été sollicités en raison de difficultés pour des résidents de se rendre à l'étranger pour un traitement planifié (annulation de traitements planifiés ; refus d'accès ; demandes de mise en quarantaine).

Plaintes et médiations

Mission dans le cadre des plaintes et de la résolution des différends

Les soins de santé touchent au corps humain, à l'intégrité et à l'intimité de la personne. Les décisions à prendre peuvent être difficiles et complexes. Le résultat d'un soin présente la plupart du temps un aléa plus ou moins important et un incident peut se produire pendant la dispense de soins de santé. La situation s'accompagne souvent d'émotions fortes et de difficultés de communication. Tous ces éléments, et bien d'autres font que la relation entre le(s) prestataire(s), leur patient et les proches du patient n'est pas toujours sans difficultés.

Dans ce contexte, la loi attribue au service une mission spécifique en ce qui concerne le règlement à l'amiable des différends entre un patient et un ou plusieurs prestataires de soins de santé pour ce qui est de la prestation de soins de santé dispensée au Luxembourg, voire à l'étranger, lorsqu'il s'agit de soins transfrontaliers. Le service de médiation dans le domaine de la santé remplit dans ce contexte les missions suivantes :

- prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le prestataire de soins de santé ;
- mise à disposition d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la médiation dans le domaine de la santé ;
- conduite, avec l'accord des parties, d'une mission de médiation dans le cadre d'un différend ayant pour objet la dispense de soins de santé ;
- mise à disposition d'informations et de conseils au patient sur les possibilités de règlement de sa réclamation, si aucune solution n'a été trouvée par la voie de la médiation.

Une particularité du service de médiation dans le domaine de la santé est que les patients ou les professionnels de santé peuvent également s'adresser au service pour obtenir un renseignement concernant leurs droits et obligations dans le cadre de la mission d'information du service.

Tel qu'évoqué ci-avant, il arrive ainsi qu'au premier contact une demande d'information ponctuelle nous est adressée et qu'après la phase d'information une demande de médiation en résulte. De même, dans la phase de pré-médiation, le service peut être amené à répondre à des questions ponctuelles.

Le service accepte les demandes de médiation entre un patient et un prestataire de soins de santé en rapport avec la prestation de soins de santé. En pratique, les demandes de médiation concernent souvent plusieurs prestataires, notamment si plusieurs prestataires ont participé à la prise en charge d'un patient.

Si le patient est d'accord ou s'il est légalement représenté, notre service peut aussi être sollicité par des proches ou des représentants du patient.

Les dispositions de la loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient prévoient une définition large des soins de santé. Notre service n'est cependant pas le bon interlocuteur dans les cas où un différend :

- a exclusivement pour objet une décision administrative, par exemple une décision concernant la prise en charge financière prise par un organisme de sécurité sociale (Caisse nationale de

- santé, Association d'assurance accident, etc.) : dans ces cas, le service de l'Ombudsman est compétent et des voies de recours spécifiques existent ;
- concerne exclusivement des services dans le domaine des soins de longue durée dont le but principal est d'aider les personnes à accomplir des tâches quotidiennes courantes, en particulier pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques dans le cadre de l'assurance dépendance ;
 - oppose exclusivement des prestataires de soins de santé entre eux, sans qu'un différend avec un patient déterminé en découle (p. ex. une mésentente au sein d'un groupe de médecins).

Pré-médiation : phase d'information et d'orientation

Les dossiers de plainte et de médiation débutent en règle générale avec une phase de pré-médiation, le plus souvent sous forme d'un entretien préalable permettant d'être à l'écoute des parties, de discuter du contexte de la demande, d'entendre les attentes des parties et d'expliquer le fonctionnement du service. Le cas échéant, les dossiers sont aussi réorientés vers d'autres tiers au cours de cette phase, si notre service n'est pas le bon interlocuteur.

Lors de ces entretiens préalables, un besoin de s'exprimer et d'être écouté est quasiment toujours présent. Assez souvent, de fortes émotions (colère, tristesse, etc.) se font ressentir face à des situations souvent vécues (par le patient) comme un mépris ou une injustice.

Certains dossiers sont complexes et comportent de multiples volets, tant au niveau humain que d'un point de vue médical. L'entretien préalable permet alors souvent d'identifier avec la personne qui a saisi le service les volets et questions à traiter de façon prioritaire dans le cadre de la médiation (quelles sont vos trois ou quatre questions prioritaires ?).

Après ce moment d'écoute et d'échange, le plus souvent en réunion préalable, les patients se sentent souvent mieux informés et apaisés. Ils décident alors fréquemment d'en rester là ou d'entamer dans un premier temps un dialogue direct avec le professionnel de santé.

Dans certains cas, la personne qui a formulé la demande initiale se rend compte en entretien préalable qu'elle n'est pas prête à envisager un arrangement à l'amiable (besoin de sanction, besoin d'une décision officielle qualifiant le comportement de l'autre comme « anormal », etc.). La demande est alors réorientée vers d'autres instances alternatives (instances ordinales ; tutelles ; juridictions etc.).

Dans un certain nombre de cas, la prise de contact par le service de médiation amène le patient et le prestataire à chercher une solution en dehors de la présence du médiateur. Le contact direct lors d'un rendez-vous sans présence du médiateur est couramment proposé par le prestataire et, souvent, accepté par le patient. Si le prestataire en dispose (établissements hospitaliers, réseaux de soins, etc.), la plainte est régulièrement transmise au service de gestion des plaintes si le patient en est d'accord.

La plainte ne peut pas être traitée dans les cas où le service n'a pas de compétence. La personne qui a saisi le service est alors redirigée vers une autre service ou instance, avec éventuellement un transfert direct du dossier. Nous transférons par exemple avec l'accord du patient au service de l'Ombudsman, lorsque le patient ne comprend pas ou n'est pas d'accord avec une décision de la CNS ou d'un autre organisme de sécurité sociale tel que le CMSS.

Médiations directes et indirectes

La médiation en santé est volontaire pour toutes les parties. Les patients et les prestataires sont libres d'accepter la médiation et ils restent maîtres de leur conflit.

En pratique, la demande de médiation résulte le plus souvent d'une sollicitation par le patient ou ses proches. Nous nous réjouissons que la plupart du temps la médiation est acceptée par le prestataire. Il n'est pas rare que la prise de contact par le médiateur engendre une priorisation de la plainte dans une relation souvent asymétrique.

La médiation peut se faire de façon indirecte, moyennant un échange oral avec le médiateur (souvent par téléphone) ou des échanges écrits (courriers ou e-mails).

L'échange indirect permet dans un certain nombre de cas de résoudre un différend à travers des propositions diverses acceptées de part et d'autre par l'intermédiaire du service. Nous pensons que ce type d'intervention est plutôt associé à une charge émotionnelle peu élevée ou à un degré de complexité faible (p. ex. si le patient a demandé en vain d'avoir accès à son dossier sans autre conflit majeur sous-jacent). C'est aussi parfois le processus le plus adapté dans une situation d'escalade, la médiation indirecte permettant d'ouvrir le dialogue sans se rencontrer directement à la table de médiation, du moins dans un premier temps.

Le service s'efforce en même temps de favoriser dans la mesure du possible les échanges directs lors d'une réunion de médiation commune. Une telle approche est primordiale, car il existe très souvent un important besoin de rétablir la relation humaine ou de combler un déficit communicatif.

Nombre et répartition des dossiers de plainte et de médiation

Du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, le service a ouvert 114 dossiers de plainte et de médiation², dont :

- 34 dossiers concernent l'activité hospitalière (activité médicale, soins, organisation) ;
- 45 dossiers concernent l'activité médicale extrahospitalière (médecin spécialistes ou généralistes) ;
- 28 dossiers concernent d'autres questions (laboratoires ; pharmacies ; maisons de soins et réseaux de soins ; divers) ;
- 4 dossiers concernant les soins transfrontaliers ;
- 3 dossiers concernant les soins psychiatriques.

La dimension humaine de la relation de soins est le plus souvent au cœur du différend. Le motif premier des sollicitations de patients concerne des difficultés de communication, de comportement et d'association du patient à la prise en charge: respect mutuel et comportement humain ; temps d'écoute et d'échange; information sur l'état de santé; prise de décision / consentement aux soins; ...

² Ces chiffres concernent les plaintes et demandes de médiation sans tenir compte des sollicitations ponctuelles par téléphone ou par e-mail lorsqu'il n'y a pas eu de suivi ultérieur. Le service ouvre toujours un dossier si un entretien préalable est programmé au sein du service. Ces chiffres ne concernent pas non plus les prises de contact dans le cadre de notre mission d'information.

La qualité technique de la prise en charge (respect des bonnes pratiques et des données acquises de la science) vient en second lieu, fréquemment associée à une difficulté au niveau humain. La qualité technique constitue la raison principale des plaintes au niveau de la médecine dentaire.

La troisième raison la plus fréquente de saisir le service du médiateur de la santé concerne des difficultés d'accès au dossier patient (refus / lenteur à remettre un dossier patient ; dossier incomplet ; difficulté à connaître ou à joindre le détenteur actuel du dossier patient).

En 2021, le service a noté un nombre accru de plaintes et de demandes d'informations en rapport avec l'application par les prestataires des dispositions régissant la prise en charge financière des actes (accord préalable non demandé en temps utile ; dépassements des tarifs officiels ; convenances personnelles ...).

Sur les 114 dossiers de plainte et de médiation précités, 38 ont abouti à un processus complet de médiation dont 6 médiations directes avec au moins une réunion commune des parties et 32 médiations indirectes.

Sur les 6 dossiers de médiations directes :

- dans deux cas, il y a eu accord de médiation ;
- dans deux cas, il n'y a pas eu d'accord ;
- deux dossiers sont toujours en cours.

Sur les 32 dossiers de médiations indirectes:

- dans 17 cas, il y a eu un accord de médiation, dont quatre cas d'accords partiels ;
- dans 11 cas, il n'y a pas eu d'accord ;
- 4 dossiers sont toujours en cours.

Sur ces 38 dossiers de médiations directes ou indirectes, 20 dossiers concernent l'activité hospitalière (activité médicale, soins, organisation) et 18 dossiers concernent l'activité médicale extrahospitalière.

En médiation, il importe au service de pouvoir accorder toute son importance au volet humain et de ne pas se focaliser outre mesure sur les questions juridiques et techniques. Le processus de médiation dépend en effet dans une large mesure de son authenticité, et de la spontanéité et de l'attitude d'ouverture entre les parties et toutes les personnes impliquées.

Exemples concrets

Afin d'illustrer notre activité concrète, nous donnons ci-après quelques exemples rendus anonymes.

1. Madame LUNETTES et Dr LENTILLES

Contexte

Après une chute domestique, Madame Lunettes se rend chez Dr Lentilles car elle se plaint de douleurs et d'une gêne de vue au niveau de son œil gauche. Ses lunettes sont également cassées.

Dr Lentilles examine la patiente et lui prescrit des médicaments. Il émet une ordonnance pour de nouvelles lunettes. Aucune lésion au globe oculaire n'est diagnostiquée.

Madame Lunettes continue à sentir une sensibilité à la lumière. Elle se rend chez son opticien pour commander ses nouvelles lunettes. En rentrant, elle ressent tout d'un coup, suite à un courant d'air, un corps étranger dans l'œil gauche.

Très inquiète, Madame Lunettes s'est rendue en urgence auprès du Dr Lentilles. Après examen, ce dernier enlève le corps étranger et prescrit une pommade en insistant de revenir s'il n'y a pas d'amélioration notable les prochaines semaines.

Quelques semaines plus tard, Madame Lunettes se rend en consultation urgente auprès du Dr Ophtalmo, qui constate un problème au niveau de la cornée. Ce dernier la fait transférer immédiatement à l'étranger à cause d'un risque élevée de perte de vue. Plusieurs interventions sont nécessaires.

Après un arrêt de travail de 4 mois, Madame Lunettes est reclassée, car elle ne peut plus exercer son travail sur son poste antérieur.

Madame Lunettes garde l'impression d'une prise en charge défailante et attribue ses difficultés de vue actuelles à la prise en charge du Dr Lentilles.

Avant de s'adresser au service du médiateur de la santé, Madame Lunettes a contacté Dr Lentilles pour l'informer de son intervention d'urgence à l'étranger. Cet échange s'est mal passé. Il y a rupture de la relation et Madame Lunettes a déjà contacté son conseil juridique pour avis.

Démarche et résultat obtenu

Après un entretien préalable avec Madame Lunettes, le service du médiateur a contacté Dr Lentilles, qui a donné une suite favorable à la demande de médiation.

En médiation, les parties se sont échangées. Dr Lentilles a expliqué que de son point de vue, il a correctement pris en charge Madame Lunettes et qu'au moment des consultations il n'y a pas eu de risque de perdre la vue, mais une simple irritation de l'œil. Les parties se sont mises d'accord que Dr Lentilles contacte son assureur en vue d'une expertise à l'amiable.

L'assureur a accepté de passer par cette voie. L'expert a retenu dans son rapport d'expertise, que la prise en charge du Dr Lentilles était conforme aux règles de l'art et aucune faute n'a été retenue. Il a souligné que Madame Lunettes présente une pathologie rare où le diagnostic est difficile à faire jusqu'au moment où il y a presque perte de vue de l'œil. Même sous traitement adapté le pronostic

de cette pathologie était mauvais avec un risque non négligeable de perte du globe oculaire (+/-15 % des cas).

La médiation a permis de rétablir le dialogue rompu et d'initier un processus d'expertise de façon à clarifier les faits. Une indemnisation n'a pas pu avoir lieu en raison de l'absence de faute médicale confirmée.

2. Madame SOLEIL et Dr GYN

Contexte

Madame Soleil, qui souffre d'une maladie rare, s'est déjà soumise à de multiples interventions ces dernières années. Elle est suivie par Madame le Dr Gyn, médecin de confiance, qu'elle connaît depuis des années et avec laquelle elle a un lien amical.

Comme Madame Soleil présente des soucis gynécologiques avec des douleurs journalières, une intervention est planifiée d'un commun accord.

L'intervention, très difficile à cause des antécédents de la patiente, se passe bien. Toutefois des complications s'installent en post-opératoire.

Madame Soleil reste hospitalisée et se retrouve en soins intensifs dans un état critique. Une deuxième intervention devient nécessaire en urgence.

Après plusieurs mois d'arrêt de travail, Madame Soleil peut reprendre son activité professionnelle. Elle présente toujours des douleurs, qui ont un fort impact sur sa qualité de vie. Le vécu et la situation nécessitent un accompagnement psychologique.

Après avoir consulté d'autres médecins-spécialistes, Madame Soleil se demande si l'indication médicale pour cette intervention était donnée. Elle a le sentiment d'une prise en charge défailante.

Quelques mois plus tard, un bref échange a eu lieu lors duquel Mme Soleil informe Dr Gyn qu'elle a changé de gynécologue.

Démarche et résultat obtenu

Après son premier entretien en nos locaux, Madame Soleil, accompagnée de son mari, a demandé un délai de réflexion. Elle était incertaine si elle était psychologiquement prête pour discuter avec Madame le Dr Gyn en médiation. En même temps, il lui importait d'avoir des explications sur l'intervention en elle-même et croisait souvent le Dr Gyn en public, sans oser l'aborder directement.

Plusieurs échanges téléphoniques ont eu lieu entre le service et Madame Soleil. Vu la relation particulière entre le Dr Gyn et Mme Soleil, nous avons évoqué la possibilité de prendre contact direct avec le médecin.

Après 8 mois de réflexion, Madame Soleil a recontacté notre service pour nous informer qu'avec l'encouragement de son mari, elle a contacté le Dr Gyn par email pour lui faire part de ses doléances et de ses questions encore ouvertes. Ce message est cependant resté sans réponse.

La patiente a par la suite été revue en entretien préalable. Sous l'émotion, la patiente a demandé de proposer une médiation. En même temps, Madame Soleil a exprimé que le Dr Gyn n'accepterait

probablement pas sa demande de médiation et qu'elle serait déterminée d'entamer d'autres démarches en cas de refus ou de silence à sa demande de médiation.

Contactée par notre service, Madame le Dr Gyn a immédiatement répondu et s'est dite ouverte à l'initiative de Madame Soleil. Après un entretien individuel préalable avec le Dr Gyn, une réunion commune en médiation a été fixée.

Pendant la médiation, les parties se sont échangées ouvertement et un échange fort en émotions a eu lieu.

Le Dr Gyn a expliqué pourquoi elle n'a pas répondu au mail de Madame Soleil et s'en est excusée. Madame le Dr Gyn a reconnu les difficultés auxquelles a été confrontée sa patiente, et a exprimé qu'elle pouvait comprendre le mécontentement de Madame Soleil. Elle a néanmoins déconseillé une nouvelle intervention et a, par cela, rejoint l'avis des autres spécialistes consultés par Madame Soleil.

Sur base des éléments médicaux, il s'est dégagé que l'indication était donnée et que l'opération avait vraisemblablement eu lieu selon les règles de l'art, le résultat défavorable étant à priori dû à la réalisation d'un aléa thérapeutique.

Le Dr Gyn a en outre expliqué qu'elle s'est rendue compte lors de la médiation, qu'un échange approfondi avec la patiente aurait été nécessaire après l'intervention.

Elle a précisé qu'elle insistera auprès des prochaines patientes, sur un échange direct ouvert, même si la patiente ne se manifeste plus et continue sa prise en charge auprès d'un confrère.

Le Dr Gyn a encore proposé à Mme Soleil, qu'elle pourra toujours la recontacter en cas de questions ou au besoin.

La médiation a permis une meilleure compréhension mutuelle et une reconstruction du lien.

Constats et recommandations

Constats et recommandations concernant les soins psychiatriques

Constats

Eu égard à notre nouvelle mission, nous avons eu un nombre important d'échanges avec des patients, leurs proches et les professionnels assurant la prise en charge hospitalière en milieu psychiatrique.

A l'occasion de nos visites des structures fermées, nous avons eu l'impression que chaque unité et service, que ce soit en phase aiguë de crise ou de réhabilitation psychiatrique, essaie de prendre en charge avec le plus grand soin et engagement les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique.

En temps de pandémie, un certain nombre de personnes souffrant de troubles mentaux n'ont manifestement pas osé consulter un spécialiste par peur de contracter le virus à l'occasion de leur hospitalisation, voire n'ont pas osé consulter leur médecin psychiatre en ambulatoire pour continuer leur suivi thérapeutique. Les personnes qui ont renoncé à leurs soins risquent de se retrouver avec une aggravation de leur pathologie, de façon à nécessiter une prise en charge hospitalière à moyen ou long terme. Il s'ajoute le développement accru d'affections psychiatriques en tant qu'effet « collatéral » de la situation angoissante et des mesures de lutte contre la Covid-19 (confinement, distanciation, port du masque ...).

Les professionnels du secteur nous ont fait part que la pandémie a ainsi engendré une augmentation des hospitalisations en milieu psychiatrique, milieu qui a déjà avant la pandémie touché ses limites. Une large transformation en faveur d'une régionalisation de soins psychiatriques a eu lieu ces dernières années. Face à une croissance constante de la population, l'offre de prise en charge hospitalière n'a pas suffisamment évolué en termes de capacité de lits et de personnels. De même l'offre extra-hospitalière est insuffisante. La pandémie a accentué les difficultés existantes. Il s'y ajoute des difficultés pour recruter des professionnels qualifiés, en particulier des médecins psychiatres en milieu hospitalier.

Un patient qui nécessite une prise en charge de longue durée, est transféré en centre de réhabilitation psychiatrique spécialisée. Or les délais d'attente au CHNP sont actuellement souvent assez longs, ce qui peut entraîner que la durée de l'hospitalisation en unité psychiatrique aiguë dépasse la durée normale. Un certain nombre de patients ou proches se sont dès lors adressés à notre service avec le besoin de voir accélérer leur transfert au CHNP.

Pour pouvoir garantir en temps utile le transfert d'un patient vers la structure de réhabilitation à moyen ou à long terme, il faut que le CHNP dispose de places disponibles pour pouvoir accueillir des nouveaux patients. Il existe cependant actuellement une difficulté de réorienter des patients placés au CHNP sans perspective de réhabilitation. Les professionnels rappellent à cet égard l'importance de pouvoir recourir à une plus grande offre et diversité de structures externes ou ambulatoires vers lesquelles le CHNP ou un établissement aigu peut guider sa patientèle si l'état de santé le permet.

Certains patients sont fréquemment réadmis en unité psychiatrique aiguë dans un hôpital régional, après avoir suivi un traitement à moyen ou long terme. La transition entre l'hospitalisation de longue durée et le retour vers une vie sociale peut être très difficile pour le patient, s'il n'y a pas d'encadrement adéquat après sa sortie du milieu hospitalier. L'absence d'une offre suffisante permettant d'accompagner au besoin les patients après une hospitalisation explique probablement qu'une partie des lits en soins psychiatriques aigus sont systématiquement occupés par des ré-hospitalisations.

Dans le cadre de notre mission, nous constatons également qu'un certain nombre de proches du patient (partenaire ; parent ou amis) souhaitent être mieux associés à la prise en charge ou recevoir un soutien. Les proches ont la plupart du temps une bonne connaissance de la situation du patient et une expertise de son vécu, qu'ils souhaitent mettre à disposition des professionnels. Ils sont nombreux à souhaiter s'impliquer et jouer un rôle de relais et de facilitateur de la prise en charge hospitalière, ainsi que du suivi extrahospitalier ultérieur. Les proches souffrent souvent eux-aussi de la situation, souhaitent comprendre et donner un sens à ce qui arrive au patient et à ses proches. Certains proches se sont adressés au service avec le sentiment d'être ignorés par les prestataires, voir le sentiment d'être tenus à l'écart sans une explication ouverte jusqu'au moment où il s'agissait d'assurer le retour au domicile du patient.

Recommandations concernant les soins psychiatriques

1. Nous avons pris connaissance du récent rapport et de la recommandation relative à la prise en charge après une hospitalisation en milieu psychiatrique de l'Ombudsman en sa qualité de Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté.

Le médiateur de la santé félicite l'Ombudsman pour l'état des lieux dressé et appuie la recommandation relative à la prise en charge après une hospitalisation en milieu psychiatrique qui montre un besoin de mieux mettre en réseau les prestataires actifs dans la prise en charge de patients atteints de maladies mentales et d'augmenter l'offre existante tant en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier.³ Nous partageons ce constat et soulignons le besoin de renforcer les services hospitaliers et extra-hospitaliers.

Au-delà du besoin d'améliorer le flux des patients entre les hôpitaux régionaux et le CHNP, nous appuyons particulièrement la recommandation de réduire les réadmissions, en augmentant l'offre et la diversité de l'offre de suivi extrahospitalier, alors que le suivi extrahospitalier joue un rôle clé dans la prévention des (ré-) hospitalisations.

Nous partageons également que la vocation première des structures fermées au sein des hôpitaux régionaux est d'assurer la prise en charge en phase aiguë. Nous partageons aussi qu'un transfert au CHNP devrait être disponible dans un délai approprié par rapport au besoin du patient. En même temps, nous nous interrogeons par rapport à la nécessité d'exclure le maintien d'un patient au sein d'une structure aiguë, si au niveau médical ce maintien peut se justifier et que ce maintien dans la structure hospitalière régionale reste limité dans le temps.

³ Recommandation relative à la prise en charge après une hospitalisation en milieu psychiatrique, Ombudsman - Contrôleur externe des lieux privatifs de liberté, décembre 2021, <https://www.ombudsman.lu/FR/CELPL-002-03.php>

2. Nous constatons le besoin et la nécessité de mieux associer l'entourage du patient à la prise en charge. Nous recommandons à tous les prestataires assurant l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, de se doter d'une stratégie institutionnelle visant à assurer la bonne communication envers les proches et visant à les soutenir, s'ils le désirent, comme partenaires actifs des soins en santé mentale. Dès l'admission du patient, l'association des proches devraient être recherchée, sauf si le patient s'y oppose ou si cela n'est manifestement pas dans l'intérêt du patient.

Constats liés à la pandémie Covid-19

La pandémie au nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a mis notre système de santé à une rude épreuve. Elle a obligé à réorganiser profondément le fonctionnement au quotidien de notre système de santé. Les professionnels de santé ont dû travailler dans des conditions de travail souvent difficiles. Autorités sanitaires, professionnels de santé et patients ont dû faire face à des défis sans pareils.

Les droits des patients ont nécessairement été aménagés afin de maintenir l'accès aux soins de santé tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins pour tous et nous partageons la finalité générale de santé publique des mesures prises. Il y a en même temps lieu de constater que les mesures de lutte contre la pandémie ont eu un impact mitigé sur l'effectivité des droits du patient et de ses proches. Les mesures n'ont également pas impacté tous les patients et tous les prestataires de la même façon ; leur mise en œuvre n'a pas été vécue de la même façon par tous.

En 2021, ainsi que déjà en 2020, un nombre conséquent de sollicitations ont été en lien avec la situation sanitaire. Il nous importe de dresser ci-après un aperçu sommaire de nos sollicitations et observations, en passant en revue les principaux droits et obligations du patient. Il nous importe en effet de documenter ces sollicitations, sans qu'il nous soit possible de donner une vue complète des difficultés de terrain rencontrées de part et d'autre. Ci-après donc un relevé dans l'optique de contribuer à la réflexion sur la façon de concilier au mieux les droits des patients et de leurs proches avec les besoins de la santé public et des tiers.

Accès à des soins de qualité et continuité des soins (art. 4)

Conformément à l'article 4 de la loi de 2014, les patients bénéficient d'un égal accès aux soins de santé en fonction de ce qui est requis par rapport à leur état de santé. Les soins doivent être prodigués de façon efficaces et conformes aux données acquises de la science et aux normes légalement prescrites en matière de qualité et de sécurité. Ils doivent être organisés de façon à garantir la continuité des soins en toutes circonstances.

Les définitions de la qualité des soins sont multiples. Nous aborderons ci-après les axes sur lesquels l'article 4 précité se focalise : accessibilité ; adéquation et efficience ; sécurité des soins ; continuité des soins.

Accessibilité et continuité des soins en temps de pandémie

Assurer autant que faire se peut la prise en charge des personnes infectées par la Covid, leur garantir l'accessibilité des soins, même en cas de vague pandémique de grande envergure, est un objectif prioritaire dans le contexte d'une pandémie. L'on peut se réjouir que cette priorité ait globalement pu être atteinte. Les mesures prises ont cependant aussi eu en partie comme effet de limiter l'accès aux soins pour les patients atteints d'autres difficultés de santé, voire pour les patients Covid positifs nécessitant d'autres soins qu'une prise en charge de la Covid.

En fonction de l'évolution des hospitalisations de patients atteints de Covid, un plan de montée en charge a notamment été instauré par la cellule de crise nationale. Il ne fait pas de doute que les acteurs de terrain ont veillé à ne pas déplanifier des soins planifiés urgents. En même temps, des interventions moins urgentes n'ont pu avoir lieu tel qu'initialement prévues.

Le service du médiateur a ainsi été en contact de patients qui ne comprenaient pas que le soulagement tant attendu de leur souci de santé soit reporté. S'il s'agissait à chaque fois de soins non-urgents, il y a néanmoins une perte potentielle en termes de qualité de vie pendant le temps d'attente supplémentaire. Nous avons, par exemple, été contacté par un patient dont l'intervention orthopédique avait été reportée à plusieurs reprises au gré de l'évolution de la situation sanitaire et qui redoutait une perte de chance en lien avec ce report entretemps prolongé. Dans le dialogue avec le médecin traitant, une solution a pu être trouvée. Dans le cas donné, l'intervention a été réalisée par un confrère du même groupe en accord avec le patient.

La situation pandémique a aussi eu pour effet d'augmenter les difficultés déjà habituellement éprouvées par certains patients vulnérables pour accéder aux soins de santé (augmentation des non-consultations et des consultations tardives) et un report ou ralentissement des activités de prévention.⁴

Il en résulte aujourd'hui un besoin de développer et de mettre en œuvre des moyens permettant de minimiser et de compenser au mieux les effets indésirables liés aux reports de soins non urgents, de report de diagnostics et de soins de prévention.

Sécurité, adéquation et efficacité des soins

La pandémie a tout d'abord posé la question de savoir quels moyens efficaces peuvent (et doivent) être mis en place pour faire face à une maladie nouvelle. Il s'agit évidemment d'un défi extraordinaire en termes de sécurité, d'adéquation et d'efficacité des soins.

Si tout n'est aujourd'hui pas encore connu et maîtrisé, l'on constate qu'il y a eu des avancées très importantes en termes de prise en charge de la Covid en phase aiguë et de suivi des patients atteints d'une affection post-COVID-19 (ou "long-COVID"). En termes de sécurité des soins, d'importants efforts ont été mis en place afin de prévenir les infections du personnel de santé et des patients.

Nonobstant ces efforts, le service a été contacté par plusieurs patients et proches de patients ayant vraisemblablement acquis leur infection Covid-19 à l'occasion de soins de santé. A combien de sécurité peut-on s'attendre dans les soins, quel est le bon équilibre entre sécurité et accessibilité les proches ? Le dilemme est clair, la réponse n'est pas unanime. Du point de vue juridique, l'obligation de sécurité de résultat à charge du prestataire joue-t-elle également en cas d'infection nosocomiale au nouveau coronavirus ? On peut le penser, cependant il n'y a pas de certitude juridique à ce stade.⁵

Le service a également été en contact avec des patients confrontés à des situations de non-respect des mesures de précaution par des professionnels de santé : absence de port du masque ou port du masque de façon inappropriée (p. ex. en dessous du nez) ; non-respect de la séparation des flux de patients Covid / non-Covid ; non-respect du protocole de sécurité dans un centre de vaccination (seringue non stérile) etc.

⁴ V. aussi : Mittelbronn M., *L'impact aux échelons mondial et national de la COVID-19 sur les diagnostics de cancer*, Info-Cancer n. 103, Fondation Cancer, mars 2021.

⁵ Schwebag M., *Responsabilité civile en matière d'infection nosocomiale et d'infection au nouveau coronavirus*, RLDS No. 7, Ed. Legitech, Août 2021.

Libre choix (art. 5)

Dans le contexte de la lutte contre la pandémie, il y a eu un fort remaniement du système de santé. Des filières spécifiques pour les patients atteints de Covid ont été mises en place. La finalité de santé publique a en même temps conduit à réduire, pour des raisons légitimes, le libre choix du patient.

Notre service a aussi été sollicité face au refus de permettre au patient de co-décider du vaccin utilisé. Il s'agissait, par exemple, du refus en centre de vaccination de tenir compte du souhait du patient pour le choix de vaccin en raison d'une pathologie particulière présente auprès du patient, alors que plusieurs vaccins étaient bien disponibles au sein du centre de vaccination le jour de la vaccination.

Accompagnateur et droit de visite (art. 7)

Le droit à l'assistance et à l'accompagnement a été parmi les droits les plus touchés, en raison du besoin de limiter les sources de contamination potentielles. Ici encore l'on est en présence d'une difficile conciliation entre sécurité des soies et d'autres principes éthiques et juridiques (non-discrimination ; respect de la vie familiale).

Le service a ainsi été sollicité en raison des restrictions aux visites mis en place auprès de certains prestataires. A noter, par exemple, l'impossibilité de visite pour les mineurs en-dessous d'un certain âge auprès d'un proche en institution de moyen ou long séjour ; la limitation de l'accompagnement de la femme enceinte par le père de l'enfant à naître; etc.

Il nous importe de souligner qu'à notre sens le partenariat avec les proches du patient est, au-delà d'un droit du patient, un facteur favorisant la qualité de la prise en charge (amélioration de la communication ; de l'adhérence au traitement ...). L'exclusion de l'accompagnateur risque de toucher aussi d'avantage les patients les plus vulnérables, qui ont le plus besoin d'une assistance.

Information et prise de décision (art. 8)

Pour les patients atteints de la Covid, l'information et la prise de décision a été particulièrement difficile en raison d'un manque de connaissances et de recul. L'annonce du diagnostic a, d'après les retours de patients, ainsi parfois été très mal accompagnée, surtout en début de pandémie.

Pour le patient et pour les professionnels de santé, il n'a certainement pas été facile de s'orienter face à une surinformation et désinformation dans certains médias.

Notre service a parfois été sollicité par des patients, sans avoir toujours pu donner des réponses claires en raison d'informations contradictoires et d'insécurités, surtout en début de la pandémie.

Secret médical et protection des données

Le service a été à plusieurs reprises sollicité en rapport avec les dérogations de santé publique mis en place dans le contexte de la pandémie (signalement des cas positifs ; traçage des contacts ; circulation de l'information dans le contexte scolaire ...)

Suivi des recommandations précédentes

Rapport d'activité 2015-2016	
Recommandations visant à renforcer la communication dans le cadre des soins de santé :	
Rec. 1 : Sensibiliser les patients au dialogue et mieux les impliquer dans leur prise en charge	Activité continue. Recommandation qui reste d'actualité.
Rec. 2 : Favoriser et développer la formation en communication des professionnels de santé	Activité continue. Recommandation qui reste d'actualité.
Rec. 3 : Adopter et favoriser une culture d'ouverture autour des évènements indésirables à effet notoire (aléa, fautes)	Activité continue. Recommandation qui reste d'actualité.
Difficultés ponctuelles dans la mise en œuvre des droits et obligations du patient	
Rec. 4 : Renforcer les services de gestion des plaintes	Recommandation qui reste d'actualité.
Rec. 5 : Accueillir de façon bienveillante les demandes d'accès au dossier et modérer les frais de copie mis à charge	Le service constate moins de différends concernant l'accès au dossier patient.
Rapport d'activité 2016-2017	
Application de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient	
Rec. 1 : Veiller à l'application de la loi de 2014 dans le cadre de la médecine du travail, de la médecine de contrôle et de l'expertise médicale	Recommandation non suivie pour le volet médecine de contrôle.
Rec. 2 : Accueillir ouvertement les proches et l'accompagnateur, et promouvoir la désignation d'une personne de confiance	Recommandation qui reste d'actualité. Le droit à l'accompagnement a été particulièrement mis à l'épreuve pendant la crise sanitaire.
Rec. 3 : Clarifier le statut de la personne de confiance au regard de la loi de 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide	Une modification législative a été adoptée.
Rapport d'activité 2018	
Rec. 1 : Assurer une meilleure information des personnes en situation de handicap	Recommandation qui reste d'actualité.

Rapport d'activité 2019	
Rec.1 : Introduire un système de responsabilité sans faute	Recommandation qui reste d'actualité.
Rec.2 : Préciser au sein de la loi de 2014 que l'art. 23 §2 du Code de procédure pénale ne s'applique pas à l'activité du service	Recommandation qui reste d'actualité.
Rec.3 : Faciliter l'accès au dossier patient en cas de cessation d'activité d'un professionnel de santé	Recommandation qui reste d'actualité.

Annexes

Annexe 1 - Réunions, conférences et autres événements

Le médiateur et les membres service ont participé aux réunions et événements suivants

<u>Date</u>	<u>Objet</u>
14/01/21	GT Formation (ALMA)
03/02/21	Webinar « Enforcement au Luxembourg », Ministère de la Protection des consommateurs, Luxembourg
16/03/21	Patient mobility in EU border regions - Commission study - Grand-Est France/Luxembourg
17/03/21	Réunion avec la FHL
25/03/21	Webinar on EU Covid Certificates, European Association of Health Law
02/04/21	Assemblée Générale de l'INC
19/04/21	Réunion avec le Conseil de direction du CHEM, Esch/Alzette
06/05/21	Cross-border healthcare national contact points sub-group meeting
07/05/21	Les Assises du Code civil (E-conférence)
11/05/21	Echange avec la Patiente Verriedung asbl
19/05/21	Conférence « Les conséquences juridiques et sociétales de la crise COVID-19 dans le secteur des soins de santé », RLDS, Luxembourg
31/05/21	Visite CHNP et entrevue avec la direction, Ettelbruck
07/06/21	Conférence « Fin de vie » avec Dr. Carlo Bock, GERO, Hesperange
13/07/21	Gesondheetsdesch
14/07/21	Visite du service de psychiatrie aigue du CHL
20/07/21	New Standards of Care : Building tomorrow's Healthcare System
23/07/21	MedTech Change – ‚Arzt-Patient-Beziehung im digitalen Zeitalter‘.
05/10/21	PNC – Axe 3 - Groupe de travail
12/10/21	Conférence Dr T. Abreht, INC, Luxembourg
13/10/21	Assises Soins Palliatifs, Omega90, Luxembourg

16/10/21	Formation continue « La co-médiation », ALMA, Luxembourg
18-22/10/21	Semaine mondiale de la médiation
18/10/21	Conférence et table-ronde « L'Enfant dans la Médiation »
21-22/10/21	Formation « Emotionale Prozesse konstruktiv nutzen! », Oliver MARTIN, Luxembourg
29/10/21	Visite du service de psychiatrie aiguë du CHdN
13/12/21	Visite du service de psychiatrie aiguë du CHEM

Annexe 2 - aperçu de la loi modifiée du 10 décembre 2009 encadrant l'hospitalisation sans consentement des personnes atteintes de troubles mentaux

Hospitalisation sous contrainte en soins psychiatriques

Introduction

Une personne atteinte de troubles mentaux jouit des mêmes droits et obligations que tout autre patient.

Les personnes atteintes de troubles psychiques sont traitées dans la mesure du possible dans le milieu dans lequel elles vivent. L'hospitalisation en soins psychiatriques se fait dans la mesure du possible avec l'accord du patient.

L'hospitalisation d'une personne en milieu psychiatrique sans son consentement est une mesure exceptionnelle encadrée par la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux. Cette loi vise à la fois l'hospitalisation contre le gré de la personne concernée et celle de la personne qui, sans s'y opposer, est hors état de pouvoir valablement y consentir. Dans tous les cas, l'association du patient au traitement est recherchée dans la mesure du possible.

L'on distingue deux cas d'admission en soins psychiatriques sous contrainte:

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers d'une personne qui présente des troubles psychiques graves la rendant dangereuse pour elle-même ou pour autrui ;
- l'hospitalisation sur ordonnance de placement d'une juridiction pénale d'instruction ou d'un jugement en cas d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux persistants, lorsque la personne déclarée pénalement irresponsable constitue toujours un danger pour elle-même ou pour autrui (article 71 du Code pénal).

Hospitalisation à la demande d'un tiers

Les personnes traitées en milieu fermé se trouvent dans une situation de vulnérabilité accrue. Leur hospitalisation non consentie constitue un acte exceptionnel de privation de liberté motivé par le besoin de les protéger contre soi-même ou de protéger autrui.

La loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux soumet l'hospitalisation à la demande d'un tiers à des conditions de fond et de forme. Elle encadre le déroulement du séjour, en distinguant la période initiale d'observation suivie, si nécessaire, d'un placement et traitement en institution spécialisée. Elle règle certaines modalités du traitement non consenti et organise des garanties et contrôles spécifiques afin d'éviter tout abus ou arbitraire.

Condition justificative: constituer un danger pour soi-même ou pour autrui

L'hospitalisation sans le consentement présuppose toujours un trouble psychique grave rendant la personne dangereuse pour elle-même ou pour autrui. L'hospitalisation doit ainsi répondre à un besoin de protection qui est le résultat d'un trouble psychique grave: une personne ne peut faire l'objet d'une hospitalisation à laquelle elle n'a pas consentie (admission ou placement) que si elle présente des troubles psychiques graves qui la rendent dangereuse pour elle-même ou pour autrui.

La simple diminution des facultés mentales d'une personne due au vieillissement n'est pas, à elle seule, un motif suffisant pouvant motiver une hospitalisation non consentie. De même, le défaut d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres de la société ne peut être considéré en soi comme un trouble mental pouvant justifier une telle hospitalisation.

Demande écrite d'admission et certificat médical

L'hospitalisation sous contrainte nécessite une demande écrite appuyée par un certificat médical récent. La loi détermine les personnes et autorités admises à demander une hospitalisation non consentie.

Qui peut formuler une demande d'admission ?

L'admission peut être demandée par :

- le tuteur ou curateur si une telle mesure de protection a été prise ;
- un membre de la famille ;
- toute autre personne intéressée : il peut le cas échéant s'agir d'un professionnel de santé en contact avec le patient.

Si la personne concernée compromet l'ordre ou la sécurité publique, l'admission peut encore être demandée par :

- le bourgmestre de la commune (ou son délégué) sur le territoire de laquelle se trouve la personne ;
- le chef de commissariat (ou en son absence un officier) de la Police grand-ducale ;
- le procureur d'Etat de l'arrondissement judiciaire dans lequel se trouve la personne concernée.

Formalités à respecter par la demande d'admission

La demande écrite d'admission doit expliquer les principales circonstances de faits qui la motivent. Si l'admission n'est pas demandée par l'une des autorités y habilitées, la personne qui demande l'admission doit indiquer le degré de parenté ou bien la nature des relations qui existent avec la personne concernée.

La demande est en règle générale formulée avant l'admission, en y joignant le certificat médical dont question ci-après.

En cas de péril imminent constaté par un médecin de l'établissement sollicité qui n'est pas attaché au service de psychiatrie, le patient peut exceptionnellement être hospitalisé sans demande écrite préalable. La demande doit alors être versée dans les 24 heures qui suivent, à défaut de quoi la personne peut quitter l'établissement si elle le désire.

Certificat médical à joindre à la demande

La loi exige de joindre à la demande d'admission un certificat médical n'ayant pas plus de 3 jours. Le certificat décrit les symptômes du trouble psychique constaté et atteste la nécessité de l'hospitalisation sous contrainte.

Ce certificat peut être établi par chaque médecin non attaché au service psychiatrie de l'établissement hospitalier d'admission. Ce médecin doit au préalable examiner la personne concernée.

Mise en observation initiale

L'hospitalisation initiale se fait en règle générale au service de psychiatrie fermé de l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de vie ou de séjour de la personne. Dans l'hypothèse d'un trouble

causé à l'ordre public, la personne peut être mise en observation à l'établissement hospitalier de garde de la région dans laquelle elle se trouve.

L'admission au service de psychiatrie fermé commence avec une période d'observation, qui ne peut en principe pas excéder trente jours. Dès les premiers jours de la période d'observation, la décision de maintenir l'observation du patient relève d'une décision judiciaire : le juge-contrôleur de l'arrondissement où a lieu l'admission initiale est informé le jour même de chaque admission. Il examine dès le début la régularité formelle de la procédure d'admission, notamment l'existence d'une demande d'admission et d'un certificat médical.

Pendant cette période d'admission, le médecin traitant recueille les éléments nécessaires en vue d'évaluer si le maintien dans un établissement hospitalier paraît effectivement nécessaire.

Dès le sixième jour de la période d'observation, le médecin traitant doit se prononcer dans un rapport motivé adressé au juge-contrôleur sur l'opportunité du maintien de l'hospitalisation. Le juge-contrôleur décide du maintien provisoire de l'observation ou de la sortie de la personne dans un délai maximum de trois jours dès la réception du rapport motivé. Le juge peut ainsi rapidement mettre fin à une hospitalisation qui paraît injustifiée ou ne se justifie plus à la suite de la prise en charge d'un épisode de crise aiguë. La décision de maintien de la mise en observation n'est pas susceptible de recours. En cas de maintien de l'observation, la personne ou toute personne intéressée peut toutefois se pourvoir à tout moment devant le Tribunal d'Arrondissement du lieu de l'établissement en sollicitant un élargissement.

Avant la fin de la période de mise en observation, le médecin traitant fait parvenir au juge un nouveau rapport dûment motivé dans lequel il s'exprime sur l'opportunité de maintenir l'hospitalisation au-delà de ladite période.

La période d'observation se termine à la suite de la décision du juge-contrôleur ordonnant la sortie ou par le placement du patient.

Décision judiciaire sur la sortie ou le placement

Au plus tard à la fin de la période maximale d'observation de trente jours, le juge-contrôleur prend une décision formelle de sortie ou de placement.

Avant de prendre cette décision, le juge-contrôleur entend le patient et il lui donne connaissance des conclusions du rapport de son médecin traitant. La personne admise peut se faire assister à cette occasion par une personne de son choix. Son représentant légal peut également assister à l'audition.

Le juge peut entendre le médecin ensemble ou séparément avec la personne admise.

S'il estime cela nécessaire, le juge-contrôleur peut aussi ordonner toute mesure supplémentaire qu'il juge utile pour recueillir des informations.

A la suite de l'audition, le juge rend une ordonnance soit de placement soit d'élargissement, qui n'est pas susceptible de recours. En cas de placement, la personne placée ou toute personne intéressée peut toutefois se pourvoir à tout moment devant le Tribunal d'Arrondissement du lieu de l'établissement en sollicitant un élargissement.

L'ordonnance est communiquée au patient concerné et au médecin traitant. Si l'ordonnance a prononcé un placement, elle devient effective à la date de l'ordonnance.

Si après une décision de placement l'état de la personne placée nécessite une hospitalisation de longue durée, le patient est transféré dans un établissement psychiatrique spécialisé. Au Luxembourg,

la prise en charge spécialisée se fait en règle générale au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP).

Le médecin traitant consigne au moins tous les mois sur le registre les changements intervenus dans l'état mental de la personne placée et réexamine la nécessité du maintien dans l'établissement à la fin du troisième mois qui suit la décision de placement.

Prise en charge et conditions du séjour

Pendant son hospitalisation, le patient a droit à un traitement médical approprié à son état et orienté vers la réintégration dans la société. Il est associé dans la mesure du possible à celle-ci, en sollicitant son point de vue.

Traitement involontaire

Un patient ne peut faire l'objet d'un traitement involontaire en rapport avec son trouble mental que si son état présente un risque pour sa santé ou pour autrui. Le traitement involontaire doit être proportionné à l'état de santé du patient. La loi précise qu'une préférence doit toujours être donnée au traitement le moins invasif.

En particulier, un patient ne peut faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention que dans le but de prévenir tout dommage pour lui-même ou pour autrui. Le principe de restriction minimale est appliqué. Le patient qui se trouve dans une mesure d'isolement ou de contention doit bénéficier d'un suivi régulier.

Une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise que sous contrôle médical. Toutefois, en cas de situation d'urgence la loi admet d'appliquer une contention momentanée. Le personnel procédant à une telle contention momentanée doit en informer de suite le médecin du service.

Le patient, son représentant légal ou à défaut sa personne de confiance sont consultés avant l'application d'un traitement involontaire. Le traitement involontaire, la durée, et ses modalités, doivent être consignés au dossier médical du patient.

Sorties et fugues

Pour favoriser le rétablissement du patient, sa réadaptation ou sa réinsertion sociale, le médecin traitant peut accorder l'autorisation de quitter l'établissement à titre d'essai. Il peut également accorder des sorties accompagnées suivant l'état du patient.

Si le patient quitte l'établissement sans autorisation, ou s'il ne respecte pas les conditions dont est assortie sa sortie, le procureur d'Etat peut prendre toutes les mesures utiles à le faire rentrer dans l'établissement.

Droit de visite

Les patients hospitalisés disposent du droit de recevoir des visites. Le Règlement d'ordre intérieur de l'établissement détermine les modalités de visites par des personnes externes.

Si le patient ou la personne qui entend le visiter estime que le droit de visite est trop limité, il peut saisir la Commission de surveillance. Celle-ci peut étendre le droit de visite d'un patient, si elle estime ces limites disproportionnées.

Fin de l'hospitalisation sous contrainte

Si le médecin traitant est d'avis que son patient est guéri, ou qu'il y a une amélioration de son état de santé de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il en informe le patient et le juge. Le patient peut alors immédiatement quitter l'établissement.

Si la personne quitte l'établissement, le médecin peut assortir sortie de conditions de résidence et/ou de surveillance médicale.

La fin de l'hospitalisation sous contrainte peut aussi résulter d'une décision d'élargissement du juge-contrôleur, respectivement du Tribunal d'arrondissement. Le patient peut en effet à tout moment demander son élargissement auprès du juge-contrôleur ou du Tribunal.

A la suite de la décision de placement, une commission composée d'un magistrat, d'un médecin spécialiste en psychiatrie et d'un assistant d'hygiène sociale ou assistant social non attachés à l'établissement, procède à une évaluation de la nécessité de maintenir le placement. Un premier examen est fait par cette commission un an après la date de la décision de placement. Si le placement est maintenu, ladite commission procède tous les deux ans à un réexamen.

Respect des droits des personnes hospitalisées en milieu fermé

Une hospitalisation non consentie constitue toujours un acte de privation de liberté et les personnes traitées en milieu fermé se trouvent dans une situation de vulnérabilité.

Pour cette raison la loi organise des garanties et des contrôles spécifiques afin d'éviter tout abus ou arbitraire.

Juge-contrôleur

Tout d'abord, dans chaque arrondissement judiciaire un juge est chargé de la mission de contrôler les admissions en milieu psychiatrique fermé, de prendre les décisions quant au maintien en observation et les décisions d'élargissement ou de placement, ainsi que de surveiller par la suite le placement éventuel.

Le droit de s'adresser au juge-contrôleur, ensemble avec l'obligation d'en informer les patients, constitue une garantie importante contre les internements irréguliers.

Tribunal d'Arrondissement et Cour d'appel

Au-delà du droit de s'adresser au juge-contrôleur, le patient hospitalisé sans son consentement (admis ou placé) ou toute personne intéressée, peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement du lieu de la situation de l'établissement pour demander l'élargissement.

Une demande nouvelle n'est pas recevable tant qu'il n'est pas statué définitivement sur une demande antérieure. La décision du Tribunal est susceptible d'appel devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil.

Commission de surveillance

Dans chaque arrondissement judiciaire, une commission de surveillance de cinq membres est chargée à veiller au respect de la loi et de recevoir les plaintes et doléances que les patients peuvent lui adresser. Elle procède notamment à des visites de l'établissement.

Contrôle externe des lieux privés de liberté

Le service du Contrôle externe des lieux privés de liberté (« CELPL »), rattaché à l'Ombudsman, effectue des visites de contrôle et des inspections des lieux privés de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradant. Il visite à ce titre également les services de psychiatrie fermée et émet des recommandations.

Information sur les droits

Le médiateur de la santé remplit la fonction de point de contact auquel les patients peuvent s'adresser s'ils veulent s'informer sur leurs droits ou s'ils veulent être conseillés dans des affaires juridiques ou

autres qui les concernent, conformément à ce que prévoit l'article 47 de la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

Placement judiciaire

Si une personne commet une infraction pénale alors qu'elle était atteinte, au moment des faits, de troubles mentaux ayant complètement aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, la juridiction d'instruction ou de jugement reconnaît son irresponsabilité pénale.

Dans ce cas, si la juridiction estime que la personne constitue toujours un danger pour elle-même ou pour autrui, elle ordonne son placement au sein du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP).

Commission spéciale

Une commission spéciale est chargée de l'exécution des décisions judiciaires de placement. Elle est composée d'un magistrat, d'un magistrat du ministère public, d'un médecin spécialiste en psychiatrie et d'un quatrième membre désigné par le ministre de la santé.

Dans un délai de deux mois à partir de l'admission du placé judiciaire, le médecin traitant établit un rapport sur l'état mental du placé judiciaire ainsi que sur l'opportunité de maintenir le placement et transmet ce rapport à la commission spéciale. Celle-ci statue dans un délai d'un mois à partir de la réception du rapport sur le maintien du placé judiciaire.

La commission spéciale peut notamment se rendre au lieu du placement ou y déléguer l'un de ses membres.

La commission spéciale procède tous les ans à un réexamen de l'état du placé judiciaire sur avis du médecin traitant.

Si le médecin traitant est d'avis que le placé judiciaire est guéri ou que son état s'est amélioré de telle façon que le placement n'est plus nécessaire, il doit en informer de suite la commission spéciale, qui décide dans un délai d'un mois de la nécessité du maintien du placement.

La commission spéciale peut ordonner la sortie définitive ou à l'essai du placé judiciaire, lorsque l'état mental de celui-ci s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies. Elle peut également accorder des sorties de courte durée, uniques, journalières ou hebdomadaires suivant l'état du placé judiciaire et sur avis du médecin traitant.

Tribunal d'Arrondissement et Cour d'appel

Le placé judiciaire peut à tout moment se pourvoir devant le tribunal d'arrondissement en sollicitant son élargissement. Le tribunal peut également être saisi par toute personne intéressée, qui indique dans sa demande son degré de parenté avec le placé judiciaire ou la nature de ses relations avec lui.

L'élargissement ne peut être accordé que si le tribunal a de sérieuses raisons de conclure que le placé judiciaire ne constitue plus un danger pour lui-même ou pour autrui.

La décision est susceptible d'appel devant la Cour d'appel siégeant en chambre du conseil.