

"LE SERVICE DE MEDIATION « DROITS DU PATIENT » DANS LE SECTEUR « SOINS AUX PERSONNES AGEES » : EVALUATION DES CONDITIONS D'UN FONCTIONNEMENT CIBLE / AXE SUR LE GROUPE CIBLE" (CAHIER DES CHARGES DG1/AR062010 - AOUT 2011)

Rapport remis au Service Public Fédéral
Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, DG1

Le 14 novembre 2012

Présenté par :

Nathalie ZACCAI-REYNERS

Auteurs :

Fabrizio CANTELLI, GRAP - ULB
Sylvie CARBONNELLE, CDCS
Laurence DE MUELENAERE, MESO - VUB
Nathalie ZACCAI-REYNERS, GRAP - ULB

Équipes partenaires du projet

Université Libre de Bruxelles

Nathalie Zaccai-Reyners, responsable scientifique, chercheuse qualifiée du FRS-FNRS,
Groupe de Recherche sur l'Action Publique (GRAP)

Fabrizio Cantelli, chargé de recherches du FRS-FNRS, GRAP

Jean-Louis Genard, professeur ordinaire, GRAP

Guy Lebeer, chargé de cours, METICES

Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire (CDCS asbl hébergée à l'Institut de Sociologie
- ULB)

Sylvie Carbonnelle, socio-anthropologue, chargée de recherche

Vrij Universiteit Brussel

Mark Leys, professeur, MESO

Laurence De Mûelenare, chargée de recherche, MESO

Sophie De Roeck, chargée de recherche, MESO

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont participé à l'écriture et à l'élaboration de ce rapport.

Sylvie Carbonnelle, pour la rédaction et l'élaboration de l'analyse situationnelle des régions wallonne et bruxelloise ainsi que de la fonction de médiation.

Laurence de Mûelenaere, Sofie de Rouck et Mark Leys pour la rédaction et l'élaboration de l'analyse situationnelle de la région flamande.

Fabrizio Cantelli, pour la présentation des cas du Québec et de la Grande-Bretagne.

Outre les auteurs, nous souhaitons remercier Dominique Joly (CDCS) pour sa participation à la retranscription minutieuse d'entretiens.

La recherche a bénéficié de l'accompagnement de Jean-Louis Genard et de Guy Lebeer.

Nos remerciements s'adressent également aux membres du comité d'accompagnement de l'étude dont le suivi attentif et les conseils avisés ont facilité son bon déroulement, à savoir Anita Duprez, Patricia Ghilbert, Isabelle Van der Brempt, Marie-Noëlle Verhaegen, Sylvie Gryson, Vanessa Debreyne, Thomas Van Hirtum.

Enfin, l'étude n'aurait pu voir le jour sans l'accueil et la participation de nombreux acteurs du secteur de la santé et des soins aux personnes âgées. Parmi ceux-ci, plusieurs ont participé à la journée de clôture de l'étude. Nous remercions chacun d'entre eux de nous avoir consacré de leur précieux temps.

Nota bene

La réponse à l'appel d'offre relatif à la présente étude a été rédigé et déposé en octobre 2010. L'étude n'a pu débuter qu'en juillet 2011 pour s'achever en juin 2012. La Belgique a connu d'importantes négociations relatives à sa structure institutionnelle au cours de cette période. Nous n'avons pu prendre la mesure de ces nouveaux éléments dans la présente étude, mais les pistes de travail qui ressortent de l'enquête restent pertinentes dans la mesure où elles s'ancrent dans les réalités du secteur considéré.

Table des matières

Remerciements	3
Nota bene	5
Table des matières	7
Présentation de la problématique	11
Structure du rapport	12
Première Partie - Analyse situationnelle	13
Introduction	15
Methodologie	16
Volet francophone de l'enquête	16
Volet néerlandophone de l'enquête.....	17
Limites des résultats de l'enquête	18
I. La fonction de médiation « droits du patient ». Éléments de contexte	19
1. La loi de 2002 relative aux droits du patient	19
2. Les droits du patient	20
3. Les missions de la fonction de médiation "droits du patient"	20
4. Le paysage de la médiation "droits du patient" en Belgique	21
4.1. Le Service de médiation fédéral (SMF)	21
4.1.1. Principes.....	21
4.1.2. Dispositif	22
4.1.3. Retour vers le politique	22
4.2. Les services de médiation hospitaliers locaux.....	23
4.3. La fonction de médiation en santé mentale (côté francophone)	23
4.4. La médiation "droits du patient" dans le secteur "soins aux personnes âgées"	28
4.4.1. La gestion des plaintes MR-MRS par le Service de médiation fédéral (SMF).....	28
4.4.2 Les difficultés identifiées dans l'exercice de la fonction de médiation par le SMF	29
4.4.3. La réorientation des plaintes par le SMF	30
4.4.4. Les chevauchements en matière de gestion des plaintes	32
4.4.5. Des difficultés dues au partage de compétences	32
4.5. La perspective de la Commission fédérale "Droits du patient"	33
II. Le secteur d'hébergement et d'accueil des personnes âgées. Éléments de contexte	37
1. En Région flamande	37
1.1.4. Remarques concernant le cadre légal	39
2. En Régions Wallonne et Bruxelloise	40
2.1 Législation	40
2.1.1. Région Wallonne.....	40
2.1.2. Région Bruxelloise	41
2.2. L'encadrement du secteur en régions wallonne et bruxelloise et les droits du patient. 41	
2.2.1. En Wallonie	41
2.2.1.1. La (l'absence de) référence aux droits du patient	42
2.2.1.2. L'organisation du bien-être	42
1. Respecter la dignité humaine et les droits fondamentaux.....	43
2. Accueillir et accompagner le résident.....	43

3. Garantir des soins de santé adéquats.....	43
4. Assurer une bonne nutrition et un plaisir alimentaire.....	44
5. Assurer le bien-être	44
6. Organiser l'animation et les loisirs.....	44
2.2.1.3. L'organisation des relations entre les institutions et les résidents	45
2.2.1.3.1. Le Règlement d'ordre intérieur et la convention d'hébergement	45
2.2.1.3.2. Le projet de vie.....	45
2.2.1.3.3. Le conseil des résidents.....	46
2.2.1.4. La question du représentant du résident.....	46
2.2.1.5. La collaboration avec les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile.....	47
2.2.1.6. Les dispositifs en matière de plainte pour les résidents	47
2.2.1.7. Les dispositifs généraux en matière de plainte	47
2.2.1.8. Le rôle du bourgmestre.....	48
2.2.1.9. Le contrôle des établissements.....	49
2.2.2. En Région bruxelloise.....	49
2.2.2.1. La Cocof.....	49
2.2.2.1.1. Les droits et devoirs des résidents	49
2.2.2.1.2. Le règlement d'ordre intérieur	50
2.2.2.1.3. Le comité de participation	50
2.2.2.1.4. La gestion des plaintes.....	51
2.2.2.2. La Cocom	52
2.2.2.2.1. Les libertés et droits des personnes âgées.....	52
2.2.2.2.2. Le règlement d'ordre intérieur	53
2.2.2.2.2.1. Les droits des résidents en matière de soins de santé	53
2.2.2.2.2.2. La participation des résidents.....	54
2.2.2.2.2.3. Introduction et traitement de plaintes.....	54

III. La gestion des plaintes dans le secteur de l'hébergement et de l'accueil des personnes âgées. Une analyse des pratiques..... 57

1. Résultats de l'analyse des entretiens réalisés en Région flamande..... 57

1.1. Qu'est-ce qu'une plainte ?	57
1.1.1. Généralités	57
1.1.2. Plaintes au sein des MR-MRS	58
1.1.3. Plaintes (enregistrement des plaintes) - <i>Woonzorglijn</i>	59
1.2. Canaux et procédures	60
1.2.1. Canaux et procédures pour les plaintes médicales	60
1.2.2. Canaux internes	60
1.2.2.1. Coordinateur des plaintes	60
1.2.2.2. Le registre des plaintes ou le livre des plaintes et la boîte à idées.....	61
1.2.2.3. Le conseil de résidents et des usagers et le conseil des usagers invités (<i>Bewoners- en gebruikersraad</i> et <i>Gastgebruikersraad</i>).....	62
1.2.2.4. Enquêtes de satisfaction	63
1.2.2.5. Le service social.....	63
1.2.2.6. Membres du personnel.....	64
1.2.2.7. Le médecin coordinateur et conseiller et le généraliste librement choisi.....	64
1.2.2.8. L'infirmier en chef	65
1.2.3. La procédure interne	65
1.2.3.1. Politique de prévention et d'amélioration	66
1.2.3.2. Introduction de la plainte.....	67
1.2.3.3. Enregistrement de la plainte.....	67
1.2.3.4. Analyse de la plainte.....	67

1.2.3.5. Action	67
1.2.3.6. Retours	67
1.2.4. Canaux et procédures externes.....	68
1.2.4.1. Le Service de médiation fédéral	68
1.2.4.2. L'Ordre des médecins.....	69
1.2.4.3. La Woonzorglijn (et la Zorginspectie)	70
1.2.4.4. Meldpunt Ouderenmis(be)handeling	72
1.2.4.5. Les mutualités	72
1.2.4.6. Le CPAS et les services de médiateurs au niveau des villes/communes	72
1.2.4.7. Un avocat.....	73
1.3. Autres thèmes	73
1.3.1. Le lien entre la <i>Woonzorglijn</i> et le Service de médiation fédéral	73
1.3.2. Y a-t-il pour les personnes concernées un problème subjectif d'accès au droit à introduire une plainte ?.....	74
1.4. Suggestions des personnes interrogées	75
1.4.1. Un point de contact/une antenne ou des services de médiation spécifiques au secteur ? Une politique uniforme ?	75
1.4.2. Coopération et information	76
1.4.3. Autres plaintes.....	76
1.4.4. Plaintes des membres de la famille versus plaintes des personnes âgées.....	76
1.4.5. Les MR-MRS donnent-elles un feedback sur les plaintes ayant suivi la procédure externe ?	77
1.4.6. Ombudsman et médiateurs externes.....	77
1.4.7. Modèle en paliers	77
1.4.8. Professionnalisation des coordinateurs de plaintes.....	78
1.4.9. Médecins généralistes attachés aux MR-MRS	78
1.4.10. Formes de soins adaptées.....	78
2. Discussion.....	79
3. Conclusions	80
2. Résultats de l'analyse des entretiens réalisés en Région Wallonne et Bruxelloise.....	81
2.1. Au niveau externe.....	81
2.1.1. La gestion des plaintes par l'administration	81
2.1.1.1. L'administration wallonne (La Direction des Aînés)	81
2.1.1.2. L'administration de la COCOF	83
2.1.1.3. L'administration de la COCOM	86
2.1.2. Les plaintes adressées à Infor-Homes et au SEPAM	88
2.1.2.1. Infor-Homes.....	88
2.1.2.2. Le SEPAM	90
2.1.2.3. Senior Médiation.....	92
2.2. Au niveau interne	93
2.2.1. Les directions d'établissements.....	93
2.2.2. Le registre.....	97
2.2.3. Le conseil de participation (CP ou CR).....	97
Seconde Partie - Approche comparative	101
Introduction	103
1. La France : vers une culture de la « bienveillance ».....	103
1.1. Pourquoi la France	103
1.2. Sources documentaires	103
1.3. Les politiques publiques menées dans le secteur de la santé des personnes âgées depuis 2002	104

1.3.1. Les droits des résidents depuis la Loi 2002.2 du 2/01/2002.....	104
1.3.2. Les droits du patient depuis la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.....	105
1.3.3. Vers une convergence des politiques publiques ?	106
1.4. Autres acteurs et dispositifs liés au secteur	107
Les relations du corps médical et sa coordination en Ehpad	107
Le recueil de plaintes par la téléphonie sociale.....	108
1.5. Synthèse : les grandes lignes du cas français	108
2. Le Québec.....	109
2.1. Pourquoi le Québec.....	109
2.2. Sources documentaires et informateurs	109
2.3. Situation globale	110
2.4. Cas	110
2.5. Synthèse : les grandes lignes du cas Québécois.....	112
3. Suisse : déclinaison cantonale de la fonction de médiation	113
3.1. Pourquoi la Suisse ?	113
3.2. Sources documentaires et informateurs	113
3.3. Le Canton de Vaud	113
3.5. Synthèse	116
4. La Grande Bretagne.....	116
4.1. Pourquoi la Grande Bretagne	116
4.2. Sources documentaires et informateurs	116
4.3. Situation globale	117
4.4. Synthèse : les grandes lignes du cas de la Grande Bretagne	118
Introduction	121
3.1. Dispositifs et acteurs actuellement susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des droits du patient : constats et suggestions	121
3.1.1 Local INTERNE aux lieux d'hébergement (de première ligne pour les résidents)	122
3.1.1.1. Rappel synthétique des dispositifs et acteurs rencontrés.....	122
3.1.1.2. Présentation synthétique des constats effectués	122
3.1.1.3. Suggestions relatives au niveau local interne aux établissements	124
3.1.2 Local, régional, communautaire ou fédéral EXTERNE (de seconde ou troisième ligne)	127
3.1.2.1. Rappel synthétique des dispositifs et acteurs rencontrés.....	127
3.1.2.2. Présentation synthétique des constats effectués	128
3.1.2.3. Suggestions relatives au niveau externe	130
3.2. Recommandations générales pour améliorer la fonction de médiation	134
3.2.1. La gestion interne des plaintes	134
3.2.2. L'information, la réception et le tri des plaintes	135
3.2.3. La médiation proprement dite.....	136
3.3. Synthèse des recommandations	139
Annexes.....	143
Annexe 1 – Guide d'entretien – Volet francophone	145
Annexe 2 – Bibliographie indicative	146
Annexe 3 – Liste des abréviations	157

Présentation de la problématique

Depuis plusieurs années, le Service de médiation fédéral « Droits du patient » exprime certaines réserves et craintes devant l'application de la loi sur les droits du patient dans le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ainsi, à l'occasion de ses rapports annuels, le Service de médiation fédéral recommande dès 2006 qu'une « réflexion soit menée sur l'opportunité d'instaurer des services de médiation « Droits du patient » spécifiques pour les maisons de repos, prisons et établissements de défense sociale, là où les patients séjournent sur un long terme »¹, l'idée étant qu'une proximité plus grande offrirait davantage la possibilité de faire évoluer les pratiques dans le temps².

Les patients sont avant tout des résidents, ce qui induit une relation spécifique à l'univers des soins de santé. Mais les personnes âgées hébergées en institution présentent d'autres caractéristiques appelées à en faire un « groupe cible ». Au-delà des fragilités dues à leur état de santé, elles sont encore marquées par des formes de vulnérabilité susceptibles d'affecter directement l'exercice de leurs droits. Ainsi en va-t-il notamment des personnes dites « désorientées ».

Dans le même temps, le Service de médiation fédéral tel qu'il est actuellement organisé (compétent pour traiter les plaintes émanant du secteur ambulatoire et des institutions où il n'y a pas de médiateur local) est peu équipé pour envisager un déploiement satisfaisant de ses fonctions auprès de ces patients disséminés dans des lieux épars. Son exercice repose sur la disponibilité de médiateurs dont ce n'est là que l'une des nombreuses tâches. La publicité même de la loi a été plus que timide en direction de ce secteur. Elle est restée largement ignorée en ce compris des autorités en charge des matières liées au public des « personnes âgées » ou des « aînés ». Quant à l'exercice de la fonction de médiation, le peu de plaintes issues de ce secteur parvenant au service fédéral interpelle son efficacité réelle.

Ces éléments ont amené le SPF à ouvrir un appel d'offre en vue de la réalisation de la présente étude visant à examiner les écueils à la mise en pratique de cette fonction et à suggérer des pistes de réaménagement tenant compte des spécificités du secteur dans lequel elle a à s'exercer (eu égard au partage des compétences entre entité fédérale et fédérées notamment). Le défi n'était pas de trouver la "solution miracle". Le contexte politique, institutionnel, juridique, économique, sociologique (vieillesse de la population, évolutions du secteur et des fonctions soignantes,...) rendent la matière extrêmement complexe, et la réalisation de l'étude comme le workshop final n'ont pas démenti ce constat. L'intention est donc de formuler des options alternatives à partir des constats issus du terrain et de comparaisons avec d'autres pays, tout en indiquant les avantages et les inconvénients de chacune d'ores et déjà repérables.

¹ Service de médiation fédéral "Droits du patient", Rapport annuel, 2006, p. 103.

² *Ibid.*, p. 67.

Structure du rapport

Une première partie de l'étude porte sur l'analyse de la situation actuelle de la mise en œuvre des droits du patient dans ce secteur en Belgique. Elle s'appuie sur une série d'entretiens exploratoires réalisés dans les trois régions du pays auprès de personnes ressources du secteur.

Un second volet présente des éléments de comparaison collectés dans quatre pays ou régions (France, Suisse, Québec et Royaume-Uni).

Enfin, une troisième partie du rapport expose, à partir de l'ensemble de ces éléments, les pistes alternatives qui sont apparues dans le cours de l'étude. Ces pistes ont également été discutées et alimentées lors de la tenue d'un workshop réunissant des acteurs clé aux expertises variées dans les domaines de la médiation, des droits du patient et du secteur MR-MRS en Belgique.

Première Partie - Analyse situationnelle

Introduction

La première partie de cette étude propose une analyse situationnelle de la mise en œuvre de la loi sur les droits du patient dans le secteur des soins aux personnes âgées (maisons de repos et maisons de repos et soins, MR/MRS)³ en Belgique.

Elle vise en particulier à identifier les problèmes et difficultés liés à l'exercice de la fonction de médiation "droits du patient" (connaissance, visibilité, accessibilité, disponibilité) pour les résidents de ces établissements.

Elle vise également à repérer les pratiques jugées souhaitables, susceptibles de renforcer l'exercice de ces droits pour ce public fragilisé (proximité, confidentialité, anonymat, indépendance, neutralité).

Pour ce faire, un premier chapitre s'attache à décrire la fonction de médiation « droits du patient » telle qu'elle est actuellement déployée dans les différents secteurs de la santé (ambulatoire, hospitalier, santé mentale), ainsi qu'à examiner les atouts et les faiblesses d'ores et déjà repérés par les médiateurs dans l'exercice de leur fonction eu égard à la spécificité de leurs publics.

Un second chapitre présente le cadre légal propre aux différentes régions et communautés qui organise le secteur des soins et de l'hébergement des personnes âgées (normes en matière de droits des résidents, de qualité, réglementations en matière de plaintes,...). Il permet ainsi de relier la question des droits du patient au contexte institutionnel particulier dans lequel ils ont à s'appliquer. Une présentation des dispositions légales prévues pour encadrer les droits des personnes âgées résidant en établissement d'hébergement et d'accueil nous a en effet semblé nécessaire dans la mesure où, si les droits du patient semblent peu sollicités dans ce secteur, les droits du résident - droit de plainte en particulier - y sont en revanche à chaque fois déclinés de façon spécifique.

Enfin, l'enquête se penche sur l'analyse des plaintes formulées (ou non) et les procédures de traitement effectivement mises en œuvre dans le secteur, que ce soit au niveau des administrations, des institutions elles-mêmes, des associations en charge de la maltraitance ou encore des lignes d'écoute téléphonique. Une attention est portée au recours à chacun des dispositifs officiels autant qu'aux procédures plus informelles.

Cette analyse situationnelle permet de mettre en évidence les modalités de gestion des "plaintes" relatives aux droits des personnes âgées, droits du résident et droits du patient, telles qu'elles sont et pourraient être aménagées.

L'objectif final étant, à partir de ces éléments, de dégager des pistes visant à faciliter l'exercice des droits des patients âgés dans le secteur, et, en particulier, à déployer la

³ Si l'appel d'offre ciblait spécifiquement l'exercice de la fonction de médiation pour les résidents en MRS, il est vite apparu que les résidents en "maisons de repos" étaient tout autant concernés par la problématique, ceux-ci bénéficiant pour la plupart également de soins. Sur le terrain, de nombreux établissements étant mixtes (disposant de lits MR et MRS), il s'est avéré que cette distinction sur base de la qualification des lits n'était pratiquement pas établie par les prestataires de soin ni les directions et dès lors peu pertinente par rapport aux objectifs de l'étude.

fonction de médiation la plus ajustée possible aux réalités de vie et de soin en milieu résidentiel.

METHODOLOGIE

Les deux volets francophone et néerlandophone de l'analyse situationnelle ont été réalisés à partir d'une méthodologie comparable, mais adaptée aux spécificités régionales et communautaires. Une quinzaine d'entretiens ont été menés dans chaque région et analysés distinctement. Les procédures et résultats intermédiaires ont été présentés et discutés en équipe au fur et à mesure de l'état d'avancement de la recherche, de manière à dégager au mieux les points de convergence et de divergence concernant les pratiques et les perspectives des différents acteurs.

Volet francophone de l'enquête

Une première phase de l'étude a consisté en un examen des études existantes au sujet de la fonction de médiation relative aux droits du patient depuis son instauration, ainsi que de l'ensemble des rapports et actes disponibles⁴. En parallèle, les législations propres au secteur ont été passées en revue de façon à identifier les contraintes et exigences juridiques qui fondent les visées et les justifications des dispositifs rencontrés. La littérature scientifique relative aux thématiques de la médiation, des droits des usagers de santé, de la vie en institution d'hébergement, etc. a également été consultée.

Une seconde phase a été consacrée à l'élaboration du dispositif d'enquête, à savoir l'élaboration d'un guide d'entretiens, la sélection d'informateurs privilégiés et la prise de contact téléphonique⁵.

La réalisation des entretiens s'est effectuée en plusieurs étapes successives de manière à étoffer les perspectives des suivants sur la base des apports et enseignements des précédents.

Ainsi, ce volet repose sur des entretiens semi-directifs menés avec des personnes-ressources (ou témoins privilégiés) spécialisées dans les questions d'accueil et de soins des personnes âgées en institution, qu'il s'agisse de responsables d'administration, d'inspecteurs du secteur, de directeurs d'institutions, de médecins coordinateurs et généralistes, de responsables d'associations, de médiateurs fédéraux, hospitaliers ou relevant du secteur de la santé mentale ou encore, de représentants d'associations de patients. Le choix des interlocuteurs s'est effectué par le biais de la méthode "boule de neige" en visant la diversité des perspectives parmi quatre types d'acteurs : "experts" du secteur MR-MRS (internes et externes), prestataires de soins, médiateurs et (représentants de) personnes âgées. Un équilibre a également été recherché entre les trois régions du pays

Les entretiens ont été menés sur la base d'un canevas (ou guide) "ouvert" et "souple" (voir Annexe 2), axé sur les différents thèmes de l'étude (relances adaptées au discours

⁴ Voir bibliographie.

⁵ Cette enquête a reçu un accueil particulièrement favorable qui peut s'expliquer par l'intérêt de la problématique pour l'ensemble des acteurs impliqués.

des interlocuteurs en fonction des objectifs). Il était structuré selon une logique partant des connaissances et pratiques pour interroger leurs limites ainsi que les modifications souhaitables.

Les entretiens ont été retranscrits in extenso, analysés par thèmes de manière à comparer le plus finement possible les perspectives des différents types d'acteurs eu égard aux réalités du terrain et à la question de recherche.

Enfin, une version complète de la présentation des résultats de ce volet reprend, en annexe, des extraits des entretiens. Cela, vu la richesse et la variété des informations recueillies, afin de rester au plus près des paroles des acteurs. Seules quelques formulations y ont été modifiées sans altération de sens pour être plus conformes à la langue écrite.

Volet néerlandophone de l'enquête

Le volet néerlandophone de l'enquête se base également sur les résultats d'interviews semi-structurées. Cinq interviews générales et orientées ont été réalisées auprès de parties prenantes et/ou d'institutions de Flandre. L'objectif était d'avoir une vue d'ensemble de la manière dont la gestion et le traitement des plaintes sont organisés en Flandre, officiellement et dans la pratique.

Huit interviews (dont un entretien téléphonique) ont ensuite été menées auprès de MR-MRS susceptibles de fournir des informations sur leurs expériences en matière de gestion interne des plaintes. Ont été interviewés des « responsables qualité » et des directeurs de maisons de repos de différentes régions de la Flandre.

Pour compléter cette première série d'entretiens, des médecins coordinateurs et conseillers (MCC) de maisons de repos (généralistes, une interview de groupe) ont aussi été interrogés, après concertation entre les équipes chargées de la réalisation de l'enquête et au terme de réflexions intermédiaires. Nous avons aussi interviewé (par téléphone) un collaborateur de gestion du guichet « maltraitance des personnes âgées » pour la Flandre orientale (« *Meldpunt ouderenmis(be)handeling in Oost-Vlaanderen* ») et des représentants de l'Inspection des soins. Une interview de suivi de collaborateurs de la *Woonzorglijn* a également été réalisée.

Sur base des informations recueillies auprès des personnes interrogées, nous avons également recherché des documents et des informations de fond sur les décrets et les procédures.

Les participants à l'enquête ont été sélectionnés selon la même méthode « boule de neige » : à partir des informations transmises lors de la phase préliminaire de l'enquête. Compte tenu des objectifs de ce volet et du temps et des moyens disponibles, c'est la méthode la plus efficace pour recueillir les « connaissances issues de l'expérience ». Durant les entretiens, les personnes interrogées ont été invitées à fournir des exemples de bonnes pratiques, ce qui nous a permis de contacter ensuite l'institution ou les acteurs cités. Nous avons volontairement utilisé une définition large du terme « bonne pratique » : nous voulions en effet identifier des institutions (et des expériences) mettant en œuvre dans les MR/MRS des approches mûrement réfléchies pour le traitement et la gestion des plaintes. En ce qui concerne les interviews, nous avons utilisé, pour chaque type d'entretien, une liste de questions/thèmes adaptée. Cette liste a elle-même été affinée ou approfondie – s'agissant de certains thèmes – tout au long du

processus de collecte des données, sur base des informations recueillies et en concertation avec les chercheurs francophones.

Deux personnes étaient généralement présentes lors des interviews : l'une dirigeait l'interview tandis que l'autre faisait davantage office d'observateur/rapporteur. Les interviews ont été enregistrées sur un fichier audio numérique qui a servi de back-up au stade de l'analyse. Chaque interview a fait l'objet d'un rapport/compte rendu. Celui-ci respecte plus ou moins la chronologie de l'entretien, en fonction de la liste de thèmes. Les rapports ont été complétés par la deuxième personne assistant à l'interview et examinés avec celle-ci.

Nous avons analysé les données brutes figurant dans les rapports écrits des interviews. Un classement thématique des données a été progressivement mis au point en concertation avec les enquêteurs. Dans l'introduction de la section consacrée aux « résultats », nous expliquons les choix faits par les enquêteurs pour classer les thèmes tels qu'ils sont apparus lors des interviews.

LIMITES DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Au-delà de la diversité et de la complexité de la situation à analyser, et au vu des moyens mis à notre disposition, nous nous devons de souligner les limites des résultats de ce volet.

Pour des raisons de faisabilité, l'enquête s'est focalisée sur les institutions MR et MRS à l'exclusion des autres institutions d'hébergement et d'accueil du secteur que sont les centres d'accueil de jour, de soirée et/ou de nuit, les centres de soins de jour, centres de court-séjour, les résidences-services.

L'enquête n'a pas permis non plus d'interroger les personnes âgées résidant en MR-MRS, ni leurs proches. Cela aurait en effet nécessité la mise en œuvre d'un autre type de dispositif méthodologique (présence dans la durée, à des moments clé : moments collectifs, réunions,...).

L'orientation qualitative de l'étude exclut par définition toute prétention à la représentativité (en fonction du caractère privé ou public des institutions par exemple) et à l'exhaustivité. Les analyses sont à considérer comme une photographie partielle mais significative de l'actualisation de la loi sur les droits du patient dans les établissements MR-MRS, éclairée par les témoignages des professionnels situés en première ligne par rapport à ces questions.

Enfin, rappelons que comme dans toute enquête de ce type, les informations issues des entretiens reposent sur des éléments de discours, reflétant la position subjective des acteurs, leur point de vue singulier. Elles ne peuvent être considérées comme des "faits objectifs". Si les propos de nos interlocuteurs recèlent des "erreurs" (concernant certaines réalités institutionnelles, réglementaires, etc.), elles sont à considérer en tant que telles comme éclairant leur perspective, à partir de l'horizon d'expertise qui est le leur.

I. La fonction de médiation « droits du patient ». Éléments de contexte

1. La loi de 2002 relative aux droits du patient

Depuis 2002, à l'instar des quatre pays européens qui avaient ouvert la voie (Danemark, Finlande, Grèce, Pays-Bas), la Belgique dispose d'une loi relative aux droits du patient⁶. Jusqu'alors, la législation en cette matière était restée floue et soumise à l'appréciation du médecin. Le patient en était réduit à se référer aux droits de traités, déclarations et chartes internationaux (déclaration universelle des droits de l'Homme...), à des principes généraux ainsi qu'à des dispositions constitutionnelles et pénales⁷. En conséquence, peu de patients pouvaient en faire usage : l'absence d'un texte légal réservé à ces droits réduisait l'accès aux informations⁸.

La loi précise les caractéristiques de la relation entre le patient et le praticien professionnel et vise à améliorer la qualité des prestations de soins de santé⁹. Ainsi, si une personne estime qu'un praticien n'a pas respecté un de ses droits de patient et manifeste un mécontentement ou une frustration, elle peut s'adresser à un service de médiation : soit un service local (pour le secteur hospitalier et le secteur "santé mentale"), soit le Service de médiation fédéral "Droits du patient" si le praticien exerce hors des secteurs précités (secteur ambulatoire, soins aux personnes âgées...).

La loi relative aux droits du patient concerne précisément les soins de santé entendus comme "services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, déterminer, conserver, restaurer ou améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie"¹⁰. Elle s'applique à "toute personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non".

Les praticiens professionnels s'entendent au sens de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé ainsi qu'aux praticiens professionnels ayant une pratique non-conventionnelle (loi du 29 avril 1999). Ils sont tenus de respecter les droits des patients dans les limites de leurs compétences légales.

⁶ Voir le site : www.patientrights.be

⁷ A.S.P.H. asbl, « Les limites du droit du patient », www.asbh.be (consulté le 10.08.2011).

⁸ UNMS, *Les droits du patient*, Bruxelles, 2003, p. 4.

⁹ www.patientrights.be. Voir également www.ombudsfunctieggz.be.

¹⁰ Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, publiée le 26.09.2002, entrée en vigueur le 6.10.2002 (Affaires sociales, Santé publique et Environnement).

2. Les droits du patient ¹¹

Le patient jouit de 7 droits fondamentaux.

1° Bénéficier d'une prestation de soins de qualité dans le respect de sa dignité, de son autonomie et sans la moindre discrimination : cela signifie *a minima* de pouvoir bénéficier des meilleurs soins possibles en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible.

2° Choisir librement le praticien professionnel : le patient choisi son prestataire de soins et peut à tout moment consulter un autre praticien. Ce libre choix peut cependant être limité en raison de l'organisation des soins en institution.

3° Être informé sur son état de santé : le praticien est tenu de communiquer au patient toutes les informations claires et précises lui permettant de comprendre son état et son évolution probable. Il doit aussi respecter son 'refus de savoir' si le patient ne souhaite pas connaître l'information (tout en pouvant refuser cette demande en cas de risque pour la santé du patient ou de tiers).

4° Consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable (consentement éclairé avant d'entamer un traitement).

5° Disposer d'un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter, le transférer et en obtenir une copie.

6° Être assuré de la protection de sa vie privée (non divulgation d'informations à des tiers), et du respect de son intimité lors des soins (pas de présence de tiers sans accord)

7° Introduire une plainte auprès d'un service de médiation compétent si la personne estime que l'un de ses droits de patient est bafoué.

3. Les missions de la fonction de médiation "droits du patient"

La fonction de médiation vise avant tout à promouvoir la communication entre le patient et le praticien par le biais d'actions préventives afin d'éviter les plaintes.

Ses missions détaillées sont les suivantes :

1° Prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre patient et praticien professionnel.

2° Médiation des plaintes concernant l'exercice des droits du patient en vue de trouver une solution.

¹¹ Source : SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, La brochure "Droits du patient - Une invitation au dialogue". Cf. www.patientrights.be

3° Information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution via le biais d'une médiation (cf. 2°).

4° Communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation.

5° Formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte (cf. 1°) ne se reproduisent.

4. Le paysage de la médiation "droits du patient" en Belgique

4.1. LE SERVICE DE MEDIATION FEDERAL (SMF)

En 2003, un Service de médiation fédéral a été créé auprès de la Commission fédérale "Droits du patient" (instituée elle-même en 2002)¹² composé de médiateurs nommés par le Ministre de la Santé publique.

4.1.1. Principes

Sur le plan des principes, les médiateurs doivent pouvoir exercer leur mission de manière totalement indépendante. Ils sont tenus de respecter le secret professionnel, de faire preuve d'une stricte neutralité et impartialité, ce qui signifie de ne pas prendre position au cours d'une procédure de médiation. Ils ne peuvent d'ailleurs être sanctionnés dans le cadre de l'exercice correct de leur mission. De manière générale cependant, ces principes ne semblent pas toujours être respectés, ce qui a pu conduire la Ministre Onkelinx à rappeler aux gestionnaires d'hôpitaux leur "caractère essentiel à la réussite de la médiation"¹³. Le patient - précise sa circulaire - ne reconnaîtra l'utilité de l'appel à une fonction de médiation que s'il a l'impression qu'elle fonctionne indépendamment des praticiens professionnels dont il affirme qu'ils portent atteinte aux droits du patient. Enfin, la fonction de médiation ne pourra fonctionner de façon optimale que si elle n'est pas constamment rappelée à l'ordre, par exemple par les praticiens professionnels¹⁴. La Ministre insiste, au-delà de la garantie légale du droit de plainte, sur celle de l'exercice de ce droit "en pratique". C'est ainsi que l'instauration d'un climat de confiance entre les parties (patients et praticiens professionnels) par le médiateur est jugée indispensable au succès de la médiation.

¹² Arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 13 mai 2003, p. 88-92.

¹³ Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Circulaire relative à l'indépendance et la neutralité de la fonction de médiation « droits du patient », 6. 07. 2010.

¹⁴ *Ibidem*.

4.1.2. Dispositif

Lorsqu'il reçoit une plainte d'un patient concernant l'exercice de ses droits, le service de médiation soit la renvoie à la fonction de médiation locale (médiateurs hospitaliers, médiateurs "santé mentale"), soit la traite lui-même (secteur ambulatoire : soins à domicile, centres de jour, résidences service, maisons de repos, maisons de repos et de soins...). Il assure alors la médiation entre le patient et le praticien professionnel concerné à partir du moment où la plainte est déposée jusqu'à la communication du résultat du traitement de la plainte¹⁵. Chaque plainte est enregistrée et un accusé de réception est transmis au plaignant. Pour exercer sa mission, le médiateur peut, après accord du plaignant, consulter son dossier de patient.

Concrètement, le service de médiation tentera de trouver une solution à l'amiable au problème vécu par le patient si celui-ci n'a pas obtenu satisfaction en s'adressant directement au praticien ou à l'institution concernée.

Il n'existe pas de procédure réglementaire quant au déroulement de la médiation. Les médiateurs doivent avoir la possibilité d'entrer en contact librement avec toute personne concernée par la plainte ainsi que rassembler toutes les informations qu'ils jugent utiles dans ce cadre.

Dans la pratique, le SMF conçoit sa mission de médiation comme une tentative de restauration de dialogue entre les patients et les praticiens professionnels. Il ne se situe pas dans une logique de "réparation" à proprement parler. Il cherche à impliquer les parties dans le règlement d'une plainte, tout en gardant une position extérieure et en visant à responsabiliser le prestataire par rapport au problème rencontré. Ce mode de résolution de conflits est jugé intéressant, bien que la solution dialoguée présente des limites dans certaines situations, comme lors de fautes médicales. Comme l'énonce une médiatrice fédérale : "c'est rare qu'un praticien vienne dire 'oui, je reconnais cette faute'". Dans ce cas, les médiateurs se tourneront vers le nouveau Fond d'indemnisation des victimes (créé auprès de l'INAMI) permettant aux patients victimes d'un acte thérapeutique de faire examiner leur dossier par des experts médicaux, et, le cas échéant, si une faute est avérée, de bénéficier d'une reconnaissance du dommage, et de l'indemnisation financière qui en résulte.

4.1.3. Retour vers le politique

Conformément à la loi, le SMF rédige chaque année un rapport des plaintes reçues, renvoyées, traitées, en précisant leur objet et la solution apportée. Ces rapports sont disponibles sur internet, permettant à tout un chacun de prendre connaissance des recommandations des médiateurs dans le cadre de leur mission, mais surtout, de manière intéressante directement le système de santé, afin d'éviter que des

¹⁵ Arrêté royal du 27 janvier 2008 modifiant l'arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 20 février 2008, 10700.

manquements graves au niveau du respect des droits du patient dans le chef d'un ou de plusieurs praticiens professionnels ne se reproduisent¹⁶.

4.2. LES SERVICES DE MEDIATION HOSPITALIERS LOCAUX

Outre les membres du SMF, la fonction de médiation est assumée, dans le secteur hospitalier, par des médiateurs hospitaliers locaux. Ceux-ci sont rattachés aux hôpitaux et leur fonction est supportée financièrement par les hôpitaux.

Deux points méritent d'être soulignés ici. D'une part, le fait que le médiateur local soit assimilé à un membre du personnel de la structure hospitalière semble affecter dans une mesure variable mais réelle la perception de son indépendance et de sa neutralité. D'autre part, dans une structure collective telle que l'hôpital, un nombre important des plaintes que sont amenés à traiter les médiateurs hospitaliers concerne l'organisation de l'hôpital et pas avant tout la relation de soin entre un prestataire et un patient. Toutefois, d'un point de vue juridique, ces matières se situent en dehors de la compétence stricte du médiateur.

4.3. LA FONCTION DE MEDIATION EN SANTE MENTALE (COTE FRANCOPHONE¹⁷)

Dans le secteur de la santé mentale, les établissements¹⁸ sont rattachés à une plateforme de concertation en santé mentale. Chacune d'entre elles organise une fonction de médiation "droits du patient". Les médiateurs sont compétents pour les plaintes qui concernent les praticiens professionnels travaillant dans les institutions membres de sa plateforme.¹⁹ Ils rédigent chaque année un bilan de leurs activités détaillant les "interpellations" reçues, les difficultés rencontrées ainsi que les recommandations liées à la fonction de médiation et à l'application des droits du patient²⁰.

Les analyses présentées par ces médiateurs apportent un certain nombre d'éléments de comparaison et d'inspiration utiles pour envisager l'organisation d'une fonction de médiation dans le secteur de l'accueil et des soins aux personnes âgées. En effet, dans les deux cas, les "patients" résident pour ainsi dire "à vie" dans les institutions, sinon, durant plusieurs années. L'exercice des droits du patient est dès lors entièrement inscrit dans ce contexte particulier d'une institution à la fois lieu de "soins" et de "vie", marquée par le peu de contacts avec le monde extérieur.

¹⁶ Arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 13 mai 2003, p. 88-92.

¹⁷ Nous abordons ici le côté francophone pour des raisons circonstancielles liées au déploiement de l'enquête, qui n'a pu s'étendre au côté néerlandophone pourtant très riche des activités de médiation dans le secteur "santé mentale" (voir www.ombudsfunctieggz.be).

¹⁸ Hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques en hôpital général, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées. Les deux premiers ont aussi la possibilité d'avoir leur propre fonction de médiation, ou une en commun avec d'autres établissements.

¹⁹ Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, Bruxelles, FRB, 2010, page 24.

²⁰ Médiation "droits du patient", Soins de santé mentale, *Rapport d'activité commun par les médiateurs attachés aux Plates-formes de concertation pour la santé mentale de la Wallonie et de Bruxelles-Capitale*, Année 2010, p. 5.

Il est notable que le rapport parle d'"interpellations" plutôt que de "plaintes". Ce terme "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"²¹. Les médiateurs justifient ce choix terminologique notamment par la confusion qu'engendre le terme "plainte" dans l'esprit des patients. Comme le déclare l'une des médiatrices interrogées : "Quand on dit 'vous pouvez aller porter plainte chez le médiateur', on confond avec des avocats justement, des policiers".

- Origine des interpellations

Un premier constat a trait aux porteurs d'interpellations : sur les 1000 recensées en 2010, la grande majorité est le fait de patients isolés (92%), 3% de groupes de patients, 3% de familles ou de proches et 1% de praticiens professionnels. Les médiateurs s'étonnent du peu d'interpellations de la part des familles et proches ainsi que de la personne de confiance et du mandataire, ce qui les incite à suggérer de promouvoir ce type de recours à un "tiers soutenant" désigné par le patient²². On remarque également, bien que ce soit rare, que les médiateurs sont interpellés par des praticiens en interne, ce qui déborde en principe leur fonction.

Dans les quelques cas où une plainte est adressée par la famille, les médiateurs tentent toujours de rencontrer le patient, d'autant plus encore si celle-ci n'a pas été désignée comme "personne de confiance", et de voir s'il est également porteur.

- Le mode d'accès aux médiateurs

Les patients contactent les médiateurs par différentes voies, la principale (34%) étant le local de permanence, puis le contact direct hors permanence, enfin, le téléphone et le courrier. Le maintien d'une présence régulière des médiateurs dans les institutions de soin est dès lors souligné pour faciliter l'accès des patients à cette fonction²³.

La proximité est jugée importante ; elle ne nécessite pas selon les médiateurs une localisation au sein même de l'établissement, mais une présence régulière, afin de se faire connaître, d'être identifié en tant qu'interlocuteur et d'instaurer une relation de confiance avec les patients.

- Le contenu des interpellations

Soixante-quatre pour cent de celles-ci sont en lien direct avec les droits du patient alors que les autres n'en relèvent pas directement. Cela atteste, comme l'indique le rapport, à côté de celles concernant les prestations de soins, d'une importance certaine des préoccupations pour la vie quotidienne²⁴.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibid.*, p. 7.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibid.*, p.12.

Droits du patient (n= 640) :

- . Qualité des soins (actes techniques, difficultés relationnelles²⁵, continuité des soins...) : 51%
- . Consentement (information, expression et/ou respect du refus) : 17%
- . Information : 11%
- . Respect de la vie privée (attitudes intrusives, promiscuité, position de l'institution par rapport à la sexualité...) : 8%
- . Libre choix du praticien professionnel : 5%
- . Plainte auprès d'un service de médiation (manque d'information, difficulté d'accès, contestation du processus, peur de représailles) : 3%
- . Dossier : 2%
- . Représentation et personne de confiance (méconnaissance du contenu de la loi) : 2%
- . Douleur : 1%

Autres (n= 340), par ordre décroissant :

- . Sécurité de l'argent et des objets personnels (rareté des chambres particulières, vols fréquents)
- . Repas (élément jugé important de la satisfaction des patients dans un environnement de soin)
- . Administration de biens
- . Aspects administratifs
- . Hygiène et confort
- . Méconnaissance de la loi de Protection de la Personne du Malade Mental et de la loi de Défense Sociale.
- . Problèmes relationnels avec les autres patients

Il est important de préciser que sur le terrain, toutes les "plaintes" sont entendues et s'il s'avère qu'elles relèvent d'autres domaines de compétence (inspection, domaine juridique, par exemple), les médiateurs envisagent avec les patients les différentes options possible et les conseillent dans les démarches à entreprendre, quitte à "faire eux-mêmes le lien".

- Un rôle d'écoute

Les médiateurs insistent sur l'importance de l'écoute dans leur travail qui permet régulièrement à elle seule de désamorcer des "plaintes".

- Le "décodage" et le traitement des plaintes

Avant même de pouvoir identifier l'objet précis de la plainte pour la traiter, les médiateurs sont amenés à effectuer un travail d'interprétation afin de saisir les attentes des patients. Ils témoignent de ce qu'il existe plusieurs niveaux de plainte nécessitant un travail "au cas par cas".

²⁵ Les auteurs mentionnent l'importance de la dimension relationnelle du soin pour les patients psychiatriques. Ils indiquent en outre qu'"une relation de qualité apparaît même souvent comme une condition d'attention à tous les autres droits du patient" (p. 18).

Les médiateurs se considèrent comme un "lieu privilégié d'écoute", qui permet de "faire le tri". Ils estiment qu'il ne serait pas opportun de morceler la réception de la plainte a priori, que celle-ci ne peut être traitée efficacement qu'après "décorticage" et identification le cas échéant des différents problèmes en jeu et par conséquent des différents acteurs à impliquer dans leur résolution.

La conception de la médiation déployée par les médiateurs en santé mentale et qu'ils tentent de promouvoir se démarque d'une stricte "gestion des plaintes". "Pour moi, déclare une interlocutrice, le but de la médiation n'est pas le résultat, ce n'est pas d'arriver coûte que coûte à une solution. Le but, c'est de remettre les gens en dialogue. Et quand on parle de gestion de plaintes, on est clairement orienté résultats."

Un second aspect de la fonction des médiateurs vise l'émission de recommandations aux institutions de soin et au système de santé en général par le biais des rapports annuels. S'ils estiment ce rôle très important, ils n'en dissimulent néanmoins pas la difficulté dans la mesure où cela implique de leur part de quitter la position de neutralité qui est la leur.

Un débat existe parmi les médiateurs professionnels de la santé mentale quant à déterminer s'il serait opportun d'ouvrir la fonction de médiation aux prestataires de soins également, en plus des patients. Notamment lorsqu'ils sont confrontés à la violence de ceux-ci et que la question se pose de savoir comment continuer à être leur soignant.

- Difficultés et recommandations en matière d'organisation de la fonction²⁶

Les médiateurs déplorent une indépendance toute relative qui nuit à la qualité de leur travail. Ils recommandent entre autre un mode de financement totalement indépendant des hôpitaux, pour assurer aussi que le budget qui leur est octroyé pour financer la médiation soit au maximum consacré à cette fonction.

Ils constatent que la médiation reste suspecte d'être une fonction au service des seuls patients et non de la relation entre soignant et soigné, suscitant des réactions défensives de certains professionnels de la santé. Ils observent par ailleurs que le maintien de leur neutralité est parfois difficile "face au déséquilibre important qui existe entre des professionnels compétents et des patients fragilisés".

Ils remarquent aussi dans le chef des patients certaines réticences à exprimer une plainte par crainte de "représailles" au cas où le soignant impliqué était mis au courant. En outre, ils sont confrontés à des représentations diverses de leur fonction attestant d'un manque d'information quant à la nature exacte de la fonction et ses modalités : "patients qui attendent une intervention punitive, professionnels qui la perçoivent comme un instrument externe de mesure de qualité de leur pratique, institutions qui tentent de l'utiliser comme un réceptacle de tous types de problèmes...".

²⁶ *Ibid.*, pp. 14-17.

Ils déplorent enfin des moyens logistiques insuffisants pour exercer leur mission (pas d'identification téléphonique propre, pas d'accès internet ou ordinateurs...), ainsi qu'une charge de travail accentuée par la nécessité de répartir le temps entre plusieurs institutions parfois très éloignées l'une de l'autre.

L'ensemble de ces éléments issus de l'expérience de terrain et de la réflexivité des médiateurs dans le secteur de la santé mentale demande à être pris en considération au moment d'envisager les pistes prospectives pour le secteur des personnes âgées. La proximité des médiateurs "santé mentale" avec les institutions et les personnes qui y sont hébergées et y bénéficient de soins est certes pointée comme un atout en comparaison de la fonction de médiation fédérale.

Cette proximité présente néanmoins certains revers en l'état actuel des choses, eu égard à l'organisation de la fonction notamment. Les médiateurs déplorent en particulier un turn-over important des personnes assurant la fonction en raison de leurs conditions de travail difficiles (efforts pour rendre la fonction accessible à un maximum de patients, travail itinérant, nombreux déplacements, stress et fatigue pas toujours favorables à une écoute optimale des plaintes, travail à temps partiel combiné pour certains à un autre travail, manque de soutien dans l'exercice de la fonction...).

L'exigence de cette fonction en termes de moyens mis à disposition (infrastructure, temps, organisation du travail, soutien administratif, etc.) devrait pouvoir servir la réflexion pour le secteur des personnes âgées. A cet égard, le rapport des médiateurs en santé mentale souligne aussi le problème que représente dans le secteur la pénurie de professionnels qualifiés. Selon eux, ce phénomène ne peut être considéré comme étranger aux sources d'insatisfactions exprimées par les patients.

- Ouvrir le champ de compétences

Les médiateurs en santé mentale sont confrontés à des patients chroniques qui séjournent alternativement en institution et à domicile où ils consultent alors en centres de santé mentale qui relèvent du secteur des soins ambulatoires. Ils s'interrogent dans ce cas quant à savoir qui dès lors doit être le médiateur compétent (médiateur santé mentale ou médiateur fédéral pour l'ambulatoire si ce n'est le médiateur hospitalier au cas où une consultation se déroule en hôpital), jugeant absurde d'en changer selon le lieu de prise en charge. Face à cette situation qui leur paraît avoir peu de sens, ils suggèrent que les médiateurs santé mentale puissent être compétents pour l'ensemble du champ de la santé mentale, y compris en ambulatoire, de façon à suivre les patients sur l'ensemble de leur parcours et permettre d'établir un lien plus régulier avec eux.

- L'importance de la formation

La médiation est considérée comme une discipline, un "art" très exigeant, nécessitant des compétences particulières et ne pouvant en aucun cas être laissée à l'improvisation. Les supervisions sont également jugées importantes afin de pouvoir chaque fois se positionner à la juste place, sans prendre position, même si le terrain est parfois "glissant".

- Le travail sur la relation de soins

Les médiateurs santé mentale insistent sur ce cadre de leur travail - cadre légal - qui porte typiquement sur la "relation de soins" entre patient et prestataire. Les problèmes entre soignants ou entre patients ne sont pas de leur ressort, bien que des demandes d'intervention dans ces contextes leurs parviennent parfois, les conduisant chaque fois à respécifier les limites de leur mission.

Au vu de leur expérience de la médiation dans le secteur de la santé mentale, les médiatrices rencontrées pensent qu'envisager des pôles décentralisés par rapport à la médiation fédérale pour le secteur ambulatoire et les MR-MRS avec 2, 3 médiateurs dans chaque province pourrait, à condition d'un financement ad hoc, être une "solution" favorable.

4.4. LA MEDIATION "DROITS DU PATIENT" DANS LE SECTEUR "SOINS AUX PERSONNES AGEES"

4.4.1. La gestion des plaintes MR-MRS par le Service de médiation fédéral (SMF)

Un rapport interne²⁷ s'est penché sur la question des droits du patient en MR/MRS en analysant notamment le nombre et la nature des plaintes traitées par le SMF entre 2005 et 2008. Il en ressort un nombre relativement faible par an (de 2 à 8 maximum tant du côté francophone que néerlandophone).

Leur répartition selon les différents "Droits du Patient" s'établit comme ci-après, sachant que plusieurs plaintes concernent différents droits. Le problème particulier rencontré au niveau de chacun des droits usurpés n'est pas spécifié. Les plaintes les plus fréquentes concernent les soins de qualité, et la question du libre choix du praticien est assez marginale.

- . Soins de qualité : 18
- . Représentation du patient : 8
- . Consultation et copie du dossier : 6
- . Consentement et informations : 5
- . Libre choix du praticien : 1

Selon le SMF, les plaintes qui lui sont adressées concernent le bien-être et le confort des personnes âgées davantage que la stricte "relation patient-prestataire", comme le fait de ne pas être lavé correctement ou de ne pas être changé régulièrement. Au niveau des soins, le problème rencontré le plus récurrent apparaît lié à la distribution des médicaments (confusions, oublis...). La coordination entre médecin traitant et infirmières ne serait pas toujours adéquate à ce niveau.

Le rapport indique que les plaintes adressées au SMF ne relevant pas de leurs compétences ont été orientées vers d'autres services (Infor-Homes, services juridiques

²⁷ Patricia Ghilbert, *Droits du patient en Maisons de Repos. État des lieux 2009 et pistes pour l'avenir*, Juin 2010, 47 pages (Rapport non publié), pp. 11-15.

des mutuelles, assistante sociale attachée à une MR, etc.). Elles concernaient des problématiques d'une autre nature²⁸. Par ailleurs, les plaintes relevant des services d'inspection des Communautés et Régions ont été réorientées vers ceux-ci²⁹.

Le SMF procède en principe au tri des plaintes reçues sur la base des compétences strictes qui lui ont été attribuées : il gère celles qui concernent uniquement un *praticien professionnel* (visé par l'Arrêté Royal 78 du 10 nov. 1967) et des *soins de santé* dans l'acception de la loi.

Les choses ne sont pas si simples cependant et reposent sans cesse la question des limites de la mission et du rôle du service fédéral face aux réalités du secteur "soins aux personnes âgées".

La restriction des compétences du SFM au cadre légal établi, limité par son cadre définitionnel "serré", n'est pas sans poser problème eu égard à la situation particulière des résidents vivant en institution pour qui la notion de "qualité des soins" a tendance à s'étendre, dans le contexte de leur vie quotidienne, à celle de "qualité de vie", c'est-à-dire en référence à une interprétation élargie de la notion de "soins".

C'est pourquoi, le SMF avait déjà dès 2006 recommandé dans ses rapports annuels que soit menée une "réflexion sur l'opportunité d'instaurer des services de médiation "Droits du patient" spécifiques pour les MR-MRS à l'instar des autres établissements (prisons, établissements de défense sociale, etc.) là où les patients séjournent pour de longues périodes"³⁰. Cette recommandation est encore réitérée dans les rapports les plus récents³¹.

4.4.2 Les difficultés identifiées dans l'exercice de la fonction de médiation par le SMF

Selon le SMF, le peu de plaintes reçues en provenance du secteur "soins aux personnes âgées" s'explique par un manque d'information au sujet de la loi et de la possibilité de s'adresser à lui, ainsi que par un manque de visibilité et d'accessibilité.

Sont également mises en avant des entraves liées à une "culture" des droits du patient insuffisamment entrée dans les mœurs et loin d'"aller de soi" (tant du côté des soignants que des usagers de la santé) :

- . des craintes et réticences des résidents, une peur de mesures de représailles de la part du personnel soignant en cas de plainte ;
- . un manque d'implication des praticiens quant au respect des droits du patient.

Le traitement des plaintes des patients fragilisés constitue aussi régulièrement une pierre d'achoppement en raison de l'indétermination fréquente de leur "représentant" ou "personne de confiance". Il n'est dès lors pas toujours facile de savoir qui est

²⁸ *Ibid.*, pp. 13-15 (*Dossiers de plaintes relevant de services tiers*).

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*, p. 3.

³¹ Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Service de médiation fédéral "Droits du patient", *Rapport annuel 2010*, p. 66.

l'interlocuteur légitime du patient-résident, donc, de la part de qui considérer une plainte recevable et avec qui la traiter.

En outre, les pratiques soignantes en milieu résidentiel, organisées selon un modèle différent du modèle des soins hospitaliers ou à domicile, s'écartent de la relation dyadique traditionnelle "prestataire-patient" qui sert de référence au cadre légal de la médiation et posent dès lors parfois problème à la mise en œuvre de la médiation qui exige nécessairement que le soignant soit personnellement identifié.

Enfin, le SMF souligne la difficulté rencontrée dans la gestion des plaintes par rapport au champ d'application même de la médiation. Actuellement les aspects organisationnels et "droits du patient" relèvent d'instances différentes (soit les Régions, soit le Fédéral). Étant donné ce partage de compétences, il est compliqué d'en assurer une gestion "efficace". D'une part, les aspects organisationnels, quoique ne relevant pas de la compétence stricte du service de médiation "Droits du Patient", ont une incidence sur le bien-être des personnes âgées. D'autre part, de nombreuses plaintes sont perçues comme des "détails" du point de vue de la prestation de soins, alors qu'il s'agit d'aspects essentiels pour les personnes vivant en institution pour une longue durée et dont la vulnérabilité est grande³². Enfin, un manque de temps et de moyens est également pointé pour se rendre régulièrement dans les institutions où les usagers séjournent pour une longue période afin de pouvoir traiter efficacement les plaintes et faire de la prévention, ce qui constitue pourtant un aspect important de la mission de ce service³³.

4.4.3. La réorientation des plaintes par le SMF

Sur la base des deux derniers rapports du SMF (2010, 2011)³⁴, les instances vers lesquelles le service renvoie les dossiers qui sont jugés ne pas être de son ressort sont reprises dans le tableau suivant.

³² SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, *Appel d'offre pour l'exécution du projet de recherche 'Le service de médiation "Droits du patient" dans le secteur 'soins aux personnes âgées' : évaluation des conditions d'un fonctionnement axé sur le groupe cible*, 21 juin 2010, p. 2.

³³ Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Service de médiation fédéral "Droits du patient", *Rapport annuel 2010*, p. 63.

³⁴ Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Service de médiation fédéral "Droits du patient", *Rapport annuel 2010*, pp. 35-43 ; Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Service de médiation fédéral "Droits du patient", *Rapport annuel 2011*.

	<i>Côté francophone</i>	<i>Côté Néerlandophone</i>
2010	<p>Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme</p> <ul style="list-style-type: none"> . déclarations racistes d'une directrice de MR <p>Services d'inspection</p> <ul style="list-style-type: none"> . manque d'hygiène dans la MR (3) . aménagement de chambre en MR . dysfonctionnement . menaces de renvoi d'un résident en raison de ses cris (maladie d'Alzheimer) . organisation (2) 	<p>Infofoon maisons de repos</p> <ul style="list-style-type: none"> . organisation d'un court-séjour en MR . organisation des aspects administratifs et de soins dans un centre de soins résidentiels . obligation de verser une indemnité en cas d'arrêt d'une convention de séjour avec une MR <p>Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid</p> <ul style="list-style-type: none"> . lettre anonyme concernant le fonctionnement d'une MR
2011	<p>Services d'inspection</p> <ul style="list-style-type: none"> . aspects organisationnels en MRS (2) . qualité de la nourriture et organisation du personnel dans une MR . organisation des heures de visite et des repas dans une MR (+ Infor-Homes) . toilette bouchée en MR . panne d'ascenseur en MR . manque de personnel + souhaite que la résidente ne soit pas obligée d'aller au réfectoire + vers <i>Woonzorglijn</i> (Région flamande). <p>Avocat</p> <ul style="list-style-type: none"> . mauvais traitement en maison de repos (patiente attachée - déshydratée) - avocat déjà alerté. <p>Assistante sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> . souhait d'être transféré de la MR vers une maison de soins psychiatriques de sa région. 	<p>Woonzorglijn</p> <ul style="list-style-type: none"> . organisation générale d'une maison de repos . mécontentement quant aux services fournis/politique générale menée dans une MR . question relative à l'admission permanente d'une grand-mère dans un centre de soins résidentiels . mécontentement quant aux soins généraux prodigués dans une maison de repos (demande de contrôle par une autorité publique) . mécontentement quant aux services fournis par une MRS <p>SPF Emploi, direction régionale Contrôle du bien-être au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> . plainte envers une maison de repos en tant qu'employeur ; absence de lien avec la prestation de soins aux résidents

En cas de réorientation des plaintes vers d'autres services, le SMF met en principe fin à son propre suivi, le principe étant que chacun reste dans ses compétences.

4.4.4. Les chevauchements en matière de gestion des plaintes

Il arrive que certaines plaintes soient adressées simultanément à plusieurs instances, sans que celles-ci n'en soient informées. Si le SMF traite toutes les plaintes dans le cadre de son mandat officiel, il n'est pas toujours clair de savoir comment les autres instances fonctionnent de manière à pouvoir en assurer une gestion cohérente, ni à opérationnaliser les complémentarités éventuelles.

Dans un cas évoqué lors de l'enquête, une plainte avait été déposée en parallèle auprès d'Infor-Homes à Bruxelles et traitée par les deux instances de manière indépendante, sans coordination. Ce qui témoigne de certaines incohérences et recouvrements partiels dans le secteur des soins et de l'hébergement pour personnes âgées sans que ne soit clarifié le cadre spécifique d'intervention de chacune des instances, son rôle et ses limites. Pour les usagers, comme pour les intervenants, le cheminement des plaintes reste fortement soumis aux évaluations, aux mobilisations et aux pratiques des acteurs à qui elles sont adressées et par qui elles sont portées.

4.4.5. Des difficultés dues au partage de compétences

Les difficultés rencontrées par le SMF dans l'exercice de sa mission à l'égard des résidents-patients en MR-MRS renvoient notamment au partage des compétences entre État fédéral et Régions. Lors de la réalisation de cette étude, les Régions et Communautés sont compétentes pour tout ce qui concerne l'organisation et le contrôle des MR et MRS, alors que tout ce qui concerne la "relation de soin" relève de la compétence fédérale.

Le SMF estime par ailleurs qu'il serait important de mieux faire connaître leur service dans le secteur MR-MRS, de mieux informer les résidents au sujet de la loi et de ses modalités d'application, notamment au sujet de la question de la désignation d'une personne de confiance pour le résident, dès son entrée en institution le cas échéant. Cela dit, le service émet certaines réserves quant à une multiplication des plaintes à laquelle une meilleure connaissance de cette filière serait susceptible de conduire en raison des moyens dont il dispose. En effet, les médiateurs craignent, au cas où le service serait mieux connu, de n'être pas à même de pouvoir répondre aux demandes comme il se devrait.

4.5. LA PERSPECTIVE DE LA COMMISSION FEDERALE "DROITS DU PATIENT"

La Commission fédérale Droits du patient, dont la mission légale consiste à évaluer l'application des droits du patient et le fonctionnement de la fonction de médiation³⁵, a récemment rédigé un avis³⁶ à la demande du Ministre au sujet du rapport d'avril 2010 de la Fondation Roi Baudouin « *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique* ». Celui-ci proposait une refonte fondamentale du système de médiation en un nouveau système unique pour tous les secteurs, organisé en trois niveaux interdépendants³⁷.

Concernant la gestion des plaintes dans le secteur des soins ambulatoires dont font partie, entre autres structures résidentielles, les MR et les MRS, le groupe de travail de la FRB proposait, quel que soit leur objet³⁸, qu'un "point local de gestion des plaintes" (désigné *agent d'information et gestionnaire de plaintes*), afin de répondre à un souci de proximité, soit situé dans chaque zone de soins du pays. En cas d'échec d'une démarche initiée à ce premier niveau, un second niveau, de "médiation" proprement dite (désigné service du *médiateur en soins de santé* et situé à Bruxelles), dont les garanties d'indépendance seraient assurées par le caractère externe et étranger aux parties et un financement extérieur³⁹, serait institué/renforcé, mais surtout, pourrait jouer un *rôle d'arbitre* - pas de juge - en prenant position par rapport au litige qui lui est soumis.

Un premier aspect sur lequel a réagi la Commission porte sur la terminologie utilisée. Le terme *agent d'information et gestionnaire de plaintes* ne serait pas indiqué dans la mesure où il s'écarte de la notion de médiation visée par le législateur dans la loi de 2002, à savoir, la "promotion d'une bonne communication et d'un dialogue équilibré entre le patient et le prestataire de soins en vue de prévenir les litiges"⁴⁰.

Un second aspect porte sur les compétences de la fonction de médiation. Partant du constat maintes fois réitéré selon lequel le médiateur est amené à intervenir pour toute une série de plaintes qui débordent de sa fonction établie en vertu de la loi, la Commission suggère d'améliorer le droit de plainte par la conclusion d'accords de collaboration entre autorité fédérale et entités fédérées afin de légitimer la fonction de médiation « Droits du patient » "sans que cela n'empêche les services d'inspection ou d'autres types de services de gestion des plaintes des entités fédérées d'exercer leurs

³⁵(<http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Patientsri ghts/index.htm>).

³⁶ SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale de l'organisation des établissements de soin, Commission fédérale "Droits du patient", 2011-06-10, *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, Réf CFDP/VH/RE/2011/2, 11 pages.

³⁷ Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, Bruxelles, FRB, 2010, p. 45-48.

³⁸ Droits du patient au sens de la loi de 2002, problèmes organisationnels, administratifs, d'hôtellerie, de facturation...

³⁹ Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, Bruxelles, FRB, 2010, p. 55.

⁴⁰ SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale de l'organisation des établissements de soin, Commission fédérale "Droits du patient", 2011-06-10, *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, Réf CFDP/VH/RE/2011/2, p. 6.

propres compétences." La conséquence directe de cette extension de compétences pour la fonction de médiation étant de lui affecter davantage de moyens financiers⁴¹.

Enfin, le troisième aspect sur lequel insiste la Commission dans son avis, est l'assurance des garanties maximales qui doivent être offertes à la fonction de médiation afin de pouvoir fonctionner de manière appropriée à savoir : l'indépendance, le professionnalisme et la continuité. La Commission rappelle les conclusions du rapport FRB selon lesquelles "il est nécessaire d'harmoniser et d'uniformiser une série de règles et de prescriptions à respecter" comme la procédure de gestion des plaintes, les concepts utilisés, les conditions de travail requises par la fonction, ainsi que les référentiels professionnels (savoirs, règles, valeurs)⁴² et un système de certification des compétences. En matière d'indépendance, il est souhaité - à condition de disposer d'un financement suffisant - que la fonction de médiation n'ait pas d'autres fonctions à jouer au sein du même établissement, et certainement pas de fonction de responsabilité hiérarchique.

Par rapport au secteur des MR et MRS, la position de la Commission rejoint globalement les constats énoncés par le SMF. Elle estime qu'il serait souhaitable de disposer d'un service spécifique de médiation pour les MR-MRS, afin de pouvoir se rendre régulièrement dans les institutions concernées (à l'instar des services de médiation des plateformes de concertation santé mentale). L'accessibilité, la présence régulière et la connaissance de la culture de l'établissement sont considérées comme essentielles à l'exercice du droit des "patients-résidents" qui y séjournent et y bénéficient de soins. La proximité n'est toutefois pas seulement souhaitée pour assurer un traitement des plaintes plus efficaces mais aussi pour permettre d'améliorer utilement les pratiques eu égard aux droits des patients sur le terrain.

La Commission s'interroge par ailleurs quant à la position défendue par les auteurs du rapport de la FRB eu égard au traitement des plaintes. Elle se demande en effet s'il est judicieux d'ajouter ce volet évaluatif ("examen et évaluation des plaintes aboutissant à un point de vue clair") à la "médiation" qui, pour elle, insiste-t-elle, vise au premier chef à "restaurer la relation entre le patient et le prestataire de soins, à mettre fin au mécontentement dans les domaines de la communication, de l'information et de la prise en charge, ainsi qu'à apporter de la satisfaction - surtout - émotionnelle⁴³".

La commission met ainsi l'accent sur la tension récurrente à laquelle est confrontée depuis l'origine cette fonction de médiation ; tension entre les 'limites' de leur mission de médiation et les attentes/objectifs du patient⁴⁴. Ajouter ou non le traitement des plaintes à la médiation en créant un niveau intermédiaire entre le "médiateur" (dans sa conception actuelle) et la justice est donc bien la question qui se pose au vu de l'expérience acquise dans le domaine après près de dix années de fonctionnement. Elle insiste pour que ces deux orientations fondamentalement différentes quant à leur conception mais qui font régulièrement l'objet de confusions soient clarifiées. Ainsi, si pour certains membres de la Commission fédérale Droits du Patient, une commission de plaintes locale indépendante pourrait traiter les plaintes en prenant position quant aux

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibid.*, pp. 6-7.

⁴³ *Ibid.*, p. 9.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 10.

faits reprochés, il n'en est pas de même pour la fonction fédérale qui, elle, resterait totalement impartiale de bout en bout au cours du processus de médiation des plaintes qui lui sont adressées, conformément à la loi relative aux droits du patient.

II. Le secteur d'hébergement et d'accueil des personnes âgées. Éléments de contexte

Au moment de la réalisation de cette étude, conformément au partage de compétences entre l'État et les régions, celui-ci est resté compétent pour toutes les matières qui relèvent de l'intérêt général, comme la sécurité sociale (en particulier le financement des soins de santé à travers l'INAMI). Toutes les matières dites "personnalisables" dont la politique de santé et l'aide aux personnes ont été transférées aux Régions et Communautés.

1. En Région flamande

La section « résultats » du rapport décrit d'abord le cadre légal de la médiation de plaintes en Flandre tel qu'il ressort des interviews que nous avons réalisées. Nous expliquons dans un second temps ce que nous entendons par le terme « plainte » avant d'examiner les différents canaux pour l'introduction de plaintes prévus dans les procédures de plaintes ainsi que le traitement des plaintes. À la fin de cette section, nous présentons les suggestions formulées par les personnes interrogées.

1.1. LEGISLATION

Le cadre légal pour le traitement des plaintes dans le secteur des maisons de repos est constitué par une loi fédérale et deux décrets flamands. Il s'agit de la *Loi relative aux droits du patient* (Ministère des affaires sociales, santé publique, 2002), du *Kwaliteitsdecreet* (Gouvernement flamand, 2004) et du *Woonzorgdecreet* (Conseil d'État, 2009).

1.1.1. Loi relative aux droits du patient

La loi relative aux droits du patient organise le droit du patient à porter plainte auprès du service de médiation compétent dans le cadre de l'exercice de ses droits. La fonction fédérale de médiation s'inscrit dans le cadre de cette loi. Jusqu'en 2007, cette loi visait surtout les patients « en situation aigue ». L'AR portant fixation d'un régime dérogatoire en matière de représentation abandonne le principe de cascade pour l'exercice du droit de plainte afin de répondre aux besoins des patients nécessitant des soins de longue durée. Ce règlement permet à l'entourage d'un patient incapable de manifester sa volonté d'introduire une plainte en suivant une procédure déterminée. Ce principe a été abandonné en raison de la position de dépendance et de vulnérabilité des patients se trouvant dans un contexte de soins de longue durée. Comme le patient reste en maison de repos lorsque la plainte a été introduite, « il y regarde à deux fois avant de porter plainte ». Pour éviter une telle situation, la loi autorise les membres de la famille et les intervenants autres que le patient à porter plainte (SPF Santé publique, sécurité des chaînes alimentaires et environnement, 2007). Au niveau fédéral, ce droit est interprété

de façon à autoriser l'introduction d'une plainte par une personne autre que le résident, à condition de vérifier auprès du résident s'il perçoit lui aussi les choses négativement⁴⁵.

1.1.2. Le *Woonzorgdecreet* (décret sur les soins et le logement)

Ce décret impose une série d'obligations pour l'introduction de plaintes :

- Chaque MR-MRS nomme un coordinateur de la qualité des soins/du logement et un coordinateur des plaintes dans le cadre de la procédure officielle et obligatoire de qualité.
- En ce qui concerne le traitement des plaintes, le décret impose l'obligation d'organiser un conseil des usagers qui se réunit au moins deux fois par an.
- Les MR-MRS sont tenues d'enregistrer les plaintes.
- La personne qui introduit une plainte doit toujours être informée des conséquences de la plainte.
- Les MR-MRS sont tenues d'afficher le numéro du point de contact téléphonique flamand pour le traitement des plaintes (« *Woonzorglijn* »). Dans un endroit bien visible pour les résidents, les proches et les visiteurs, elles doivent donc indiquer comment contacter cette ligne téléphonique.
- Conformément au *Woonzorgdecreet*, la procédure de plainte doit être décrite dans l'*Interne Afsprakennota* (anciennement « *huishoudelijk reglement* », règlement d'ordre intérieur).
- Les résidents, les proches et les intervenants doivent être régulièrement informés de la politique de gestion des plaintes au sein de la MR-MRS.

1.1.3. Le *Kwaliteitsdecreet* (décret-qualité)

Le *Kwaliteitsdecreet* entend garantir des normes de qualité minimales dans le secteur des soins et du soutien social. Il s'inscrit ainsi dans le cadre d'une vision générale de la qualité et des efforts d'amélioration continue. Le droit de porter plainte est donc également inscrit dans le décret-qualité.

- Chaque utilisateur, membre de la famille et membre du personnel a la possibilité d'introduire une plainte.
- Chaque établissement est ainsi tenu de mettre en place une procédure de gestion des plaintes. Cette procédure est décrite dans le manuel de la qualité également rendu obligatoire par ce décret flamand.
- Chaque établissement informe ses utilisateurs et collaborateurs de cette procédure de gestion des plaintes via l'*Interne Afsprakennota (IAN)*.

⁴⁵ Voir Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu (15/02/2007). — Koninklijk besluit houdende vaststelling van afwijkende regels met betrekking tot de vertegenwoordiging van de patiënt bij de uitoefening van het klachtrecht zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Belgisch Staatsblad. L'information fut également livrée lors de notre entretien avec Willeke Dijkhoffz, auteur du livre *Je rechten als patiënt*, EPO, 2008, 264 p.

- L'enregistrement des plaintes est obligatoire. La répétition de plaintes similaires oblige la maison de repos à prendre des mesures de prévention et de correction.

1.1.4. Remarques concernant le cadre légal

Les interviews ont permis de dégager une série de réflexions sur les cadres juridiques existants.

Première observation importante : l'Inspection des soins (« *Zorginspectie* ») ne peut pas affirmer avec certitude que la loi relative aux droits des patients est applicable aux résidents des MR-MRS. Ces établissements accueillent plutôt des résidents, des clients [et non pas des « patients »]... qui doivent faire l'objet de soins. Ce point doit donc être clarifié.

Deuxièmement, le cadre légal régissant le traitement des plaintes autorise de nombreuses interprétations s'agissant des MR-MRS :

- Deux personnes interrogées dans des MR-MRS et deux experts plaident en faveur d'une description plus concrète des obligations actuelles. L'obligation « d'information périodique sur la politique des plaintes » est ainsi jugée parfois trop vague.
- D'autre part, les personnes que nous avons interrogées sont d'avis que la marge d'interprétation autorisée par le législateur est précisément une bonne chose. Le caractère vague du décret offre aux MR-MRS la possibilité de mettre au point leur propre politique de gestion des plaintes : les décrets imposent seulement à ces établissements de mettre en place une politique mûrement réfléchie. D'aucuns insistent sur le fait que cette politique doit être adaptée à la taille de la MR-MRS. La taille et la structure d'un établissement influencent en effet le mode de traitement et de gestion des plaintes.

Dans la pratique, la marge d'interprétation laissée aux MR-MRS peut être à l'origine de bien des frustrations pour les établissements qui suivent et respectent très étroitement le *Woonzorgdecreet*. Les MR-MRS qui font ici preuve de zèle ne sont pas récompensées financièrement, alors que d'autres, qui ont opté pour les normes minimales, ne sont pas pénalisées.

L'*Interne Afsprakennota (IAN)* destinée à informer les résidents et les proches de la procédure de plainte est encore moins précisée par le décret. On peut y lire que cette note doit être signée par le résident au moment de son admission. Pourtant, cette obligation ne garantit nullement que les résidents soient véritablement informés, étant donné que beaucoup d'entre eux signent ce document sans même le lire en diagonale. Certains établissements y remédient en revenant oralement sur ce document avec le résident, au moment de son admission ou ultérieurement.

2. En Régions Wallonne et Bruxelloise

2.1 LEGISLATION

2.1.1. Région Wallonne

Les compétences régionales restent étroitement liées aux compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes restées fédérales⁴⁶, dont les règles en matière d'assurance maladie-invalidité, de normes de base en matière de programmation, ainsi que de certaines normes d'agrément des établissements de soins comme les Maisons de Repos et de Soins et les Centres de Soins de jour⁴⁷.

Le Service Public de Wallonie (SPW), au travers de la Direction des Aînés, administre l'ensemble des établissements d'hébergement et d'accueil des personnes âgées sur son territoire (examen des dossiers de demandes de création d'établissements - dans le cadre des règles de programmation - et des titres de fonctionnement, contrôle du respect des normes et inspection des établissements).

C'est également la Direction des Aînés qui reçoit et traite les plaintes émanant des résidents et de leur famille - ou de tout autre témoin - et qui prend, sur cette base, les dispositions requises en vertu de sa réglementation. En outre, le Ministre compétent peut refuser, suspendre ou retirer le titre de fonctionnement d'un établissement pour personnes âgées, après avis de la Commission Wallonne des Aînés, et procéder le cas échéant à la fermeture d'urgence d'un établissement⁴⁸.

Notons encore qu'en cas d'exploitation d'un établissement sans titre de fonctionnement, ou au-delà des limites de celui-ci, une amende administrative peut être infligée par le SPW, celui-ci déployant ses missions dans la garantie de la sécurité, de la santé et du bien-être des personnes âgées qui les fréquentent ou y résident.

Suite au Décret de 2008 de lutte contre la maltraitance des personnes âgées de la Région Wallonne, le SPW a créé l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, aussi dénommée Respect Seniors⁴⁹. Sa mission principale consiste à venir en aide - notamment par la gestion d'un numéro de téléphone gratuit - aux aînés victimes de tout acte (ou omission) de maltraitance, dont la maltraitance médicale (qui peut se caractériser par l'excès ou la privation de médicaments), matière recouvrant sensiblement le premier des droits du patient à bénéficier de soins de qualité.

Selon le Code wallon de l'Action sociale et de la santé, Respect Seniors a dans ses missions l'élaboration d'un rapport annuel à soumettre à l'avis de la Commission wallonne des aînés, contenant une annexe statistique relative aux dossiers de maltraitance enregistrés. Les interventions portant sur "l'écoute, l'information, l'orientation et la médiation en vue d'une recherche de solution menée sur le terrain par l'agence visant à réunir et à coordonner les différents intervenants" y sont en principe comptabilisées.

⁴⁶ Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, Portail thématique sur l'Action sociale et la santé, <http://socialsante.wallonie.be/?q=aines> (consulté le 24.07.2012)

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ Respect Seniors, <http://www.respectseniors.be/accueil.html>

De plus amples informations seraient nécessaires afin d'identifier la nature exacte, les objectifs et les modalités de cette mission de "médiation", afin de jauger les éventuels recouvrements avec le service de médiation droits du patient.

2.1.2. Région Bruxelloise

En Région bruxelloise, ce sont les Communautés (communauté française et flamande) qui mènent leur propre politique en matière d'établissements d'hébergement et d'accueil des personnes âgées. Ainsi, les institutions sont agréées et contrôlées soit par la Commission Communautaire Française (COCOF), soit par la Commission Communautaire Flamande (VGC), soit encore par la Commission Communautaire Commune (COCOM). Les institutions qui s'occupent de santé et d'aide aux personnes peuvent choisir d'appartenir à l'une ou l'autre communauté ou ne pas le faire et, dans ce cas, en tant qu'"institutions bicommunautaires" (ou "bipersonnalisables"), elle relèvent de la Commission communautaire commune⁵⁰.

2.2. L'ENCADREMENT DU SECTEUR EN REGIONS WALLONNE ET BRUXELLOISE ET LES DROITS DU PATIENT

Ce point du rapport vise à repérer les points de convergence entre les législations propres à ce secteur et la législation fédérale relative aux droits du patient, notamment par rapport aux objectifs généraux d'amélioration de la qualité des soins. Une attention particulière sera portée aux dispositifs officiels destinés à recevoir les plaintes des résidents.

2.2.1. En Wallonie

A l'instar de l'ensemble de la législation en matière de santé et d'action sociale en vigueur en Wallonie, celle qui organise le secteur de l'hébergement et de l'accueil des personnes âgées a récemment été rassemblée dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, publié au Moniteur belge le 21 décembre 2011. Il ne s'agit pas de nouvelles dispositions par rapport à la période antérieure, mais d'une harmonisation répondant à une préoccupation politique de modernisation administrative. Le Code reprend dès lors sous un nouvel agencement les dispositions précédentes sans en changer le contenu, à savoir le Décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées ainsi que l'Arrêté du Gouvernement Wallon du 15 octobre 2009 portant exécution du Décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées et ses annexes (charte relative à la qualité, normes applicables aux maisons de repos..).

⁵⁰ Site portail de la Région Bruxelles-Capitale, <http://www.bruxelles.irisnet.be/a-propos-de-la-region/les-institutions-communautaires-a-bruxelles/cocom>

2.2.1.1. La (l'absence de) référence aux droits du patient

Le dispositif d'hébergement et d'accueil des aînés mentionné dans le désormais Livre V du Code Wallon ("Aide aux aînés") ne fait nulle part mention dans les textes de la loi de 2002 relative aux droits du patient - ni même de ce terme "patient". Cela peut s'expliquer dans la mesure où il s'agit d'une loi fédérale ne relevant pas directement de la compétence des Régions, et dans la mesure où il n'y a pas eu d'accord de coopération concernant son application. Il se fonde sur un cadre de référence propre - défini par d'autres notions, à savoir celles de "résident", et de "droits des résidents".

La notion de "résident" met l'accent sur l'hébergement et l'accueil, qui sont les premières fonctions de l'institution, et non sur celle de soins du point de vue de la "relation entre patient et professionnel de la santé". Les droits du patient ne constituent pas en tant que tels un référentiel habituel des partenaires du secteur qui se montrent cependant particulièrement au fait du "respect des droits des résidents", lesquels, comme nous allons le développer, recouvrent pour partie, le champ des droits du patient - mais un "résident-patient" vu davantage comme un bénéficiaire de prestations accomplies dans un lieu de vie dont il est tributaire en raison de son mode d'organisation collective et professionnelle, que comme un partenaire à part entière d'une relation - de soin - dans laquelle les deux parties sont supposées communiquer et s'ajuster de manière à atteindre des résultats/objectifs thérapeutiques les meilleurs pour le patient dans un horizon de réparation. Le respect des droits individuels des résidents est promu par des normes organisationnelles à destination des établissements - et à faire respecter par les gestionnaires au premier chef. Il répond à une visée globale de "bien-être" (notion complexe s'il en est), comme en atteste le titre du chapitre III du Code wallon (dispositif d'hébergement et d'accueil des aînés) plus qu'à une visée de reconnaissance, de "partenariat", d'instauration d'une relation de confiance, etc.

2.2.1.2. L'organisation du bien-être

Sans référence explicite à la loi de 2002, la législation wallonne précise toutefois les obligations des établissements pour aînés, celles-ci recouvrant certains des droits du patient⁵¹ :

- 1° respecter les droits individuels des résidents,
- 2° garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle,
- 3° favoriser le maintien de leur autonomie,
- 4° favoriser leur participation à la vie sociale, économique et culturelle,
- 5° garantir un environnement favorable à leur épanouissement personnel et à leur bien-être,
- 6° assurer leur sécurité dans le respect de leurs droits et libertés individuels.

Afin de promouvoir le bien-être des résidents, le Gouvernement wallon a arrêté une *charte relative à la qualité des établissements pour aînés* centrée sur les besoins, les attentes et le respect des résidents afin d'améliorer leur qualité de vie (art. 338). L'adhésion à cette charte n'est pas obligatoire. Les institutions qui s'inscrivent dans cette démarche reçoivent un label de qualité. Afin de le conserver les établissements doivent "prendre des initiatives adéquates pour satisfaire les besoins, les attentes et le

⁵¹ Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, p. 90.

respect des résidents". C'est dans cette charte que la référence à la qualité des soins de santé est la plus étoffée et la plus proche de l'esprit de la loi de 2002 relative aux droits des patients (voir point 3 ci-après).

1. Respecter la dignité humaine et les droits fondamentaux

La dignité humaine est entendue comme la "reconnaissance de l'identité de chaque personnes, le respect de l'histoire individuelle de chacun, de son intimité et de son espace personnel, de sa propre conception du monde, de l'organisation de sa vie spirituelle et le droit de poursuivre le développement de son potentiel humain".

La charte mentionne que chaque résident a "droit à l'autonomie, à la sécurité et à l'épanouissement de sa personne", ce qui implique entre autres le "droit à la vie privée, le droit à la vie affective, le droit à une vie sexuelle entre adultes consentants, le droit à la participation aux décisions collectives, le droit d'obtenir des services et des aides de manière à accroître son aptitude à vivre de manière indépendante et le respect des rythmes de vie".

Il s'agit pour les institutions de prendre toutes les mesures pour que "les personnes âgées fortement dépendantes et, en particulier, les personnes gravement désorientées conservent au mieux leur liberté de communiquer, de se déplacer, de participer à la vie de la société, de garder la maîtrise de leurs ressources et de leurs biens".

En outre, le vouvoiement est établi comme étant la règle.

2. Accueillir et accompagner le résident

Cet article met l'accent sur l'accueil personnalisé, l'accompagnement qui doit être quotidien et la fin de vie qui exige un accompagnement adapté et renforcé.

3. Garantir des soins de santé adéquats

Par cet article, l'établissement s'engage à "garantir un encadrement pluridisciplinaire médical, infirmier, paramédical, soignant et social, composé de personnels formés adéquatement en gériatrie et en gérontologie".

Il stipule que "la personne âgée a le droit de bénéficier de soins adaptés et ajustés pour l'aider à maintenir, voire recouvrer un niveau optimum de bien-être physique, mental et social et de prévenir la maladie ou le handicap".

Les soins sont ici entendus dans une acception très large : ils comprennent notamment "les actes médicaux, infirmiers et paramédicaux permettant la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint, ainsi que ceux qui visent à compenser un handicap, à rééduquer les fonctions, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort, à réaménager les espoirs et les projets du résident et à améliorer la qualité de vie. Ils sont réalisés de manière intégrée et adaptée à chaque personne".

Enfin, à l'instar des droits du patient, le résident a "le droit de décider en toute liberté de l'orientation de ses soins, du choix des intervenants de santé dans le respect des règles en vigueur ainsi que du scénario qu'il jugera le plus digne et le plus approprié pour

l'achèvement de sa vie, notamment le droit d'accepter ou de refuser les traitements destinés à prolonger sa vie". Il a en outre le droit de participer aux décisions concernant les soins qui lui sont dispensés.

4. Assurer une bonne nutrition et un plaisir alimentaire

La nutrition est ici incluse dans la notion de qualité. Il est précisé que le premier objectif du repas est le plaisir et la convivialité. L'établissement doit se montrer soucieux de "combattre la dénutrition", en étant attentif au cadre du temps des repas (aménagement de la salle à manger, choix de la table, des partenaires, confort, respect du temps nécessaire). Il s'agit, entre autres mesures encore, de recueillir l'avis et l'évaluation des résidents concernant les repas, de leur permettre d'accéder à une alimentation saine et équilibrée et enfin de leur garantir une aide pour manger en toutes circonstances.

5. Assurer le bien-être

Le bien-être étant dans cette charte considéré comme "une sensation de plaisir et d'équilibre physique, psychologique et social reposant sur la satisfaction des besoins du corps et de l'esprit", il est préconisé de développer une telle approche par le biais de techniques de soins relationnels, d'un certain confort matériel et du respect physique de la personne. Mobilier et équipement adaptés, environnement apaisant, habillement correct, attention à l'esthétique, sont quelques-unes des pistes prônées afin d'atteindre cet objectif.

6. Organiser l'animation et les loisirs

La charte engage les établissements à leur permettre l'accès à vie culturelle, sociale et artistique.

Dans la pratique, très peu de MR-MRS adhèrent à ladite charte. En l'absence de contrainte, cela s'explique probablement en partie par une forme de résistance des gestionnaires à se "mettre la pression" dans un secteur qui se considère déjà fortement encadré et contrôlé, en dehors de moyens financiers complémentaires mis à disposition pour atteindre l'ensemble de ces objectifs. Il nous a également été objecté que l'adhésion à une charte ne constituait aucunement une garantie que ses principes soient respectés, et risquait de se réduire à un argument de promotion des établissements, sans réelle mobilisation.

2.2.1.3. L'organisation des relations entre les institutions et les résidents

Les droits et devoirs des résidents et du gestionnaire sont précisés dans un règlement d'ordre intérieur (ROI) (art. 339), et une convention d'hébergement est établie entre ceux-ci. En outre, chaque établissement est tenu de mettre en œuvre un projet de vie pour aînés, afin d'assurer aux résidents un "bien-être optimal et de maintenir leur autonomie".

2.2.1.3.1. Le Règlement d'ordre intérieur et la convention d'hébergement

Le ROI, établi par le gestionnaire, doit obligatoirement respecter certains principes (art. 359) :

- a) le *respect de la vie privée*⁵² des résidents ainsi que de leurs convictions idéologiques, philosophiques et religieuses,
- b) le *libre choix des médecins*,
- c) le libre accès de la maison de repos à la famille, aux amis, aux ministres des différents cultes et conseillers laïques demandés par le résident ou à défaut par leur représentant,
- d) la plus grande liberté possible de sortie.

La convention d'hébergement doit affirmer les principes suivants :

- a) *la sécurité du résident quant à la qualité de l'hébergement et des services*,
- b) la sécurité du résident quant aux prix de l'hébergement (...),
- c) la protection du résident quant à la mise en dépôt de biens (...),
- d) la sécurité du résident quant à la durée de la convention, les conditions et les délais de résiliation,
- e) le respect des conditions particulières relatives au court-séjour.

On notera la concordance de certains de ces principes avec les droits du patient.

2.2.1.3.2. Le projet de vie

Le projet de vie (art. 359, 10°) est également un dispositif susceptible de soutenir l'exercice des droits du patient au sens de la loi fédérale bien qu'il s'adresse aux résidents au sens de la législation régionale. Il doit notamment comprendre "des dispositions relatives à *l'organisation des soins* et des service d'hôtellerie, dans le but de *préserver l'autonomie* des résidents tout en leur procurant bien-être, *qualité de vie et dignité*." S'il n'est pas mentionné en tant que tel la "prestation de soins de qualité" comme dans la loi de 2002 sur les droits du patient, cette notion est cependant bien présente. Ainsi, les autres dispositions requises dans le projet de vie portent :

- . sur l'accueil des résidents (dans le but de respecter la personnalité du résident, d'apaiser le sentiment de rupture éprouvé par lui et sa famille lors de l'entrée...),
- . sur le cadre de vie (de façon à permettre qu'il soit "aussi proche que possible du cadre familial, en encourageant notamment la participation aux décisions concernant la vie communautaire et en développant des activités occupationnelles, relationnelles, culturelles en vue de susciter l'ouverture de la maison de repos vers l'extérieur"),

⁵² Nous soulignons.

. sur le travail en équipe "dans un esprit interdisciplinaire et de formation permanente, exigeant du personnel un *respect de la personne* du résident, de son individualité, en actes et en paroles et octroyant à ce personnel des moyens, notamment en temps, qui facilitent le recueil et la transmission des observations permettant d'atteindre les objectifs du projet de vie", et enfin,

. sur la participation des résidents, "chacun selon ses aptitudes, en vue de *favoriser le dialogue*, d'accueillir les suggestions, d'évaluer en équipe la réalisation des objectifs contenus dans le projet de vie institutionnel et d'offrir des activités rencontrant les attentes de chacun".

2.2.1.3.3. Le conseil des résidents

Le conseil des résidents (art. 341) constitue une des voies par lesquelles les résidents - patients peuvent exprimer leurs insatisfactions, récriminations et autres "plaintes", et où des pistes de solution peuvent être envisagées et débattues. Cependant les relations patients-prestataires ne sont nullement visées par le biais de ce dispositif, mais bien le fonctionnement de l'établissement, l'organisation des services, le projet de vie institutionnel et les activités d'animation.

Ce conseil doit exister dans chaque MR ou MRS et se tenir au minimum une fois par trimestre. Il est composé de résidents ou de leurs représentants et/ou de membres de leur famille. Le directeur (ou son représentant) peut assister aux réunions et, afin d'assurer son bon fonctionnement, le conseil bénéficie du soutien du personnel de l'établissement. Ces modalités de fonctionnement ne vont pas sans susciter certaines critiques, certains comités étant jugés trop peu "démocratiques".

2.2.1.4. La question du représentant du résident

Pour l'application de la législation wallonne, est considéré comme le "représentant" de l'aîné soit le représentant légal ou judiciaire du résident, soit le mandataire qu'il a désigné (hormis toute personne exerçant une activité dans l'établissement ou prenant part à la gestion de celui-ci). A défaut des deux figures précédentes, il peut également s'agir d'un représentant du centre public d'action sociale (CPAS) compétent.

La notion ne recouvre pas tout à fait la loi de 2002 où une distinction est établie entre le "représentant" et la "personne de confiance". Le représentant est la personne qui, en cas d'incapacité du patient, exerce les droits du patient au nom de celui-ci, alors que la personne de confiance ne fait qu'assister le patient. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un ami, d'un autre patient ou de toute autre personne désignée par le patient pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou à obtenir son dossier ainsi qu'à porter plainte. Si les patients sont encouragés à désigner leur personne de confiance par l'usage de formulaires ad hoc diffusés par le service public fédéral, la plupart des résidents en MR et MRS semblent peu amenés à effectuer ce type de démarche. Une étude plus ciblée pourrait être utile afin mieux connaître ces pratiques dans les institutions MR et MRS.

2.2.1.5. La collaboration avec les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile

Nous ne détaillerons pas ici l'ensemble des normes régissant le secteur. L'une d'elles cependant a trait aux collaborations externes et semble dès lors importante à mentionner. En effet, les normes spécifiques aux maisons de repos requièrent qu'elles établissent leurs modalités de collaboration avec des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile, le cas échéant avec une MRS et avec l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée si la MR ne dispose pas de lits MRS.

2.2.1.6. Les dispositifs en matière de plainte pour les résidents

La procédure visant à soumettre des observations, réclamations ou plaintes est indiquée dans le ROI communiqué au résident (article 8.). Ainsi, à un niveau interne, il est prévu que les résidents, leur représentant ou leur famille s'adressent au directeur (tenu d'afficher ses horaires de disponibilité). En outre, un registre destiné à recueillir des "suggestions, remarques ou des plaintes" est mis à disposition par l'établissement. Celui-ci doit être présenté tous les trois mois au Conseil des résidents. Il est encore spécifié que le plaignant doit être informé des suites données à sa plainte.

Les plaintes peuvent aussi être adressées à un niveau externe. Trois adresses sont simplement mentionnées, sans autre forme d'explicitation au résident : celle de la Direction des Aînés du Service Public de Wallonie située à Jambes, celle du bourgmestre de la commune où se situe l'établissement et enfin, celle de Respect seniors, l'agence wallonne de lutte contre la maltraitance (un numéro de téléphone gratuit sous la forme 0800⁵³).

Aucune information n'est mentionnée dans le ROI concernant le Service de médiation fédéral ni la possibilité de s'adresser à lui dans le cadre d'une plainte portant sur le droit du patient.

Outre ces dispositifs repris dans le ROI, la convention conclue entre le gestionnaire et le résident précise (article 11) qu'en cas de litige concernant son exécution, le tribunal civil est le seul compétent.

2.2.1.7. Les dispositifs généraux en matière de plainte

Dans le dispositif transversal en matière d'Action sociale et de Santé qu'elle a adopté, la Région wallonne a, de manière générale, et cette disposition concerne de ce fait aussi les établissements pour personnes âgées, confié une mission de "médiation" au bourgmestre et la gestion des plaintes à l'administration. Ces modalités sont expliquées à l'article 43 du livre 1er du Code wallon (Titre VII : plaintes) :

⁵³ Selon l'administration wallonne, si Respect Seniors est susceptible d'intervenir tant au niveau de l'hébergement institutionnel qu'à domicile, les problèmes de maltraitance dénoncés concernent essentiellement des situations à domicile.

1° Toute personne intéressée peut adresser au Gouvernement, à l'Administration, à l'organisme public ou au bourgmestre une plainte relative au fonctionnement d'un service ou d'une institution en matière d'action sociale ou de santé. Toute plainte fait l'objet d'un accusé de réception envoyé dans les huit jours.

2° Le bourgmestre, l'Administration ou l'organisme public saisi d'une plainte doit informer sans délai et le Gouvernement et le service ou l'institution concernés par la plainte.

3° Lorsqu'une médiation s'avère possible, le bourgmestre peut agir en conciliation et formuler des recommandations qui lui semblent de nature à apporter une solution aux difficultés de fonctionnement.

4° Les personnes ou organes saisis doivent rédiger un rapport sur les informations qu'ils ont pu recueillir et l'adresser au Gouvernement. Le service ou l'institution concerné informe l'organe saisi des suites réservées à la plainte, à charge de ce dernier d'informer en retour le plaignant.

5° Une fois par an, le Gouvernement transmet au Conseil wallon de l'action sociale et de la santé les dossiers relatifs aux plaintes de l'année écoulée.

Les dispositions légales ne précisent pas toutefois ce qu'il est précisément entendu par "médiation", ni les conditions et modalités de celle-ci. Une enquête plus approfondie permettrait de voir dans quelle mesure des problématiques liées aux "soins de santé" sont traitées et comment; si cette mission de médiation connaît d'éventuels recouvrements avec la fonction de médiation droits du patient, ce qui semble peu probable. Les interviews menées auprès de l'administration wallonne nous informent effectivement que dans les faits, si le bourgmestre peut être consulté ou être partie prenante de la médiation, peu interviennent. Ainsi, dans les grandes communes comme Charleroi ou Liège, ce sont les services sociaux qui seront mobilisés et qui constituent les véritables partenaires de la Région. Dans les petites communes par contre, la pratique d'un partenariat s'est instaurée avec la région, et les plaignants sont encouragés à adresser directement leur plainte à la Direction des Aînés.

2.2.1.8. Le rôle du bourgmestre

Outre cet éventuel rôle de "médiation" qu'il peut être amené à jouer, le bourgmestre a également une mission de contrôle des établissements d'hébergement et d'accueil des personnes âgées.

Une circulaire émanant de la Direction des Aînés adressée aux Bourgmestres le 2 mai 2012 vient en effet de préciser leurs "missions et prérogatives en matière d'établissements d'hébergement et d'accueil de personnes âgées". Cette circulaire mentionne deux rôles s'inscrivant directement dans une fonction de veille et de contrôle des institutions. D'une part, la possibilité qui est la sienne de consulter les rapports de réunion du Conseil des résidents, d'autre part, celle qu'il a de "visiter à tout moment un établissement pour personnes âgées dans le but de contrôler les conditions d'hébergement et de bien-être des personnes qui y sont hébergées ou accueillies, et

d'adresser le cas échéant un rapport au Gouvernement". L'idée consiste à vérifier que "tout est mis en œuvre pour offrir aux résidents des conditions de santé, sécurité, hygiène, épanouissement optimisant leur bien-être".

2.2.1.9. Le contrôle des établissements

Une disposition récente a été prise en matière d'inspection des établissements pour personnes âgées, renforçant son pouvoir de contrôle sur les institutions (vérification et suivi du respect des normes). En effet, les inspecteurs ont désormais un mandat d'officiers de police judiciaire auprès du Procureur du roi et doivent à ce titre prêter serment. Cela signifie qu'ils sont "habilités à établir des procès verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire et qui sont sous l'autorité hiérarchique du Procureur du roi". (*Responsable d'administration à la Direction des Aînés*). Le SPW, par cette mesure, a pris le parti de renforcer la logique de contrôle/ sanction des institutions.

2.2.2. En Région bruxelloise

2.2.2.1. La Cocof⁵⁴

La politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées par la COCOF est réglementée par différents décrets et arrêtés : le décret du 22 mars 2007, l'arrêté 2008/1561 portant application du décret précédent du 2 avril 2009, et l'arrêté 2010/1305 du 17 mars 2011 (publié au Moniteur le 26 septembre 2011) modifiant ce dernier. Il s'agit donc, selon les termes d'une responsable, d'une législation "assez jeune", par rapport à laquelle l'administration n'a pas encore "beaucoup de recul" quant à son application. Les principales avancées de la législation portent d'une part, sur les modalités de plaintes qui peuvent désormais être adressées oralement et plus uniquement par écrit, ainsi que sur la possibilité de demander à préserver l'anonymat, cela afin de faciliter leur expression, et d'autre part sur la participation des résidents à travers le comité de participation.

2.2.2.1.1. Les droits et devoirs des résidents

L'arrêté de 2009 a complété et précisé le décret de 2007 au niveau des droits et devoirs des résidents. Ils sont désormais au nombre de 9 et ont intégré certaines prérogatives contenues dans les droits du patient, comme le libre choix du médecin et le droit à des soins de qualité (voir article 8) :

1. Garantie de la plus grande liberté possible tant qu'elle ne porte pas préjudice aux autres résidents. Obligation du résident d'adopter des mesures d'hygiène personnelle et se conformer aux règles de sécurité.
2. Garantie de l'entière liberté de circulation et de sortie (...).
3. Droit de recevoir des visiteurs de son choix (...).

⁵⁴ Selon une liste (mise à jour le 10 oct. 2011) communiquée par l'Administration, 47 établissements sont agréés par la COCOF dont 20 sont des MRS seules et 27 des MR-MRS (institutions mixtes). Tous sont des établissements relevant du privé (commercial ou non). Les établissements publics bruxellois relèvent par contre tous de la COCOM.

4. Interdiction de toute mesure de contrainte. Si une telle mesure s'avère indispensable en raison de l'état physique ou mental du résident, elle doit être proposée par l'équipe de soins, justifiée par un certificat médical à joindre au dossier médical de l'intéressé et faire l'objet d'un accord écrit du représentant légal du résident. Elle ne peut être prise que dans le respect le plus strict des droits de la personne.
5. Droit au respect de la vie privée, affective et sexuelle (obligation d'avertir avant d'entrer dans la chambre).
6. Libre choix du médecin.
7. Libre choix du personnel paramédical et de kinésithérapie à l'exception du personnel infirmier engagé par la MR dans les liens d'un contrat d'emploi.
8. Libre choix du pharmacien.
9. Garantie de l'entière liberté d'opinion philosophique, politique et religieuse (...).

2.2.2.1.2. Le règlement d'ordre intérieur

Le ROI établi par chaque MR doit concrétiser les principes proposés dans son projet de vie. Il définit obligatoirement les droits et devoirs du résident ainsi que ceux de la MR qui doit s'engager à permettre au résident de mener une vie conforme à la dignité humaine et à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour concrétiser le projet de vie qu'elle propose. En outre, il informe le résident :

- du nom du directeur, à qui toutes les observations peuvent être faites, tant par lui-même, son mandataire, que par sa famille (...),
- des modalités d'introduction et d'examen des observations et réclamations en indiquant les coordonnées du service d'inspection de l'administration et de l'inspection de l'hygiène de l'État,
- de l'existence d'un comité de participation,
- des coordonnées du service d'inspection compétent ainsi que du service d'aide aux personnes âgées maltraitées agréé.

Comme dans la réglementation de la Région Wallonne, il n'est fait aucune mention du Service de médiation fédéral "Droits du patient".

2.2.2.1.3. Le comité de participation⁵⁵

A l'instar du conseil des résidents en Région Wallonne, un comité de participation (CP) doit être constitué dans chaque MR, et chaque résident, ou mandataire de celui-ci, a le droit d'en faire partie. Ce comité dispose d'une compétence d'avis soit d'initiative, soit à la demande du gestionnaire ou du directeur de l'établissement pour toute question portant sur le fonctionnement général de l'établissement. Les rapports de réunions peuvent être consultés par les résidents, les membres de leur famille et leurs représentants, ainsi que par les fonctionnaires chargés de l'inspection. De même qu'en région wallonne, Le CP reçoit le soutien du personnel de la MR, et le directeur, ou son représentant, peut assister aux réunions.

⁵⁵ Arrêté du 2.04.2009, Section 7.

2.2.2.1.4. La gestion des plaintes⁵⁶

L'article 19 de l'Arrêté de 2009 stipule que des suggestions, remarques ou plaintes peuvent être consignées par le résident, son mandataire ou sa famille dans un registre. Celui-ci, nous a déclaré la responsable de l'administration, doit être placé dans un lieu visible, accessible et si possible "sans pression", c'est-à-dire à l'abri du regard des autorités. Le plaignant doit être informé par le directeur de la suite qui a été donnée à ses remarques. En outre, le registre doit être présenté une fois par trimestre sur simple requête au comité de participation.

Outre ce mode de gestion des plaintes en interne, un nouvel arrêté daté du 17 mars 2011 et publié au Moniteur le 26 septembre 2011 stipule les modalités de plaintes adressées à l'administration. Celles-ci peuvent être introduites par écrit ou oralement auprès d'un agent de l'administration qui en rédigera un Procès verbal d'audition (art 202/1). Si l'objet de la plainte le justifie, l'administration procède à une inspection dans un délai de 15 jours. L'administration avertit le directeur et le gestionnaire de l'existence et du contenu de la plainte et lui transmet ses conclusions, en respectant l'éventuelle demande d'anonymat du plaignant. Au cas où les conclusions mettent en évidence le non respect d'une norme d'agrément, l'administration adresse alors un avertissement à l'établissement concerné (art 202/2).

Selon la directrice d'administration à la COCOF, il est important qu'il existe deux niveaux de gestion des plaintes : l'un en interne auprès de la direction, voire du conseil de participation, et l'autre en externe, auprès de l'administration. Ce double niveau de recours traduit une volonté politique.

De son point de vue, le premier niveau est celui de la "réclamation", à savoir, avant l'introduction d'une plainte formelle. Cela permet de signifier, quelle qu'en soit la nature, que "des choses - petites ou grandes - ne vont pas", d'être écouté et d'obtenir rapidement une réponse à ses griefs. Le rôle de la communication est jugé fondamental à ce niveau : il s'agit que les résidents se sentent écoutés et que le gestionnaire au quotidien puisse contextualiser les problèmes rencontrés, expliquer les contraintes de l'institution, soit s'adresser directement au professionnel concerné par l'insatisfaction exprimée et tenter de résoudre la situation. Il est "logique" aux yeux de cette responsable de s'adresser d'abord à la personne qui se trouve au premier plan de la décision et de l'action - la direction -, afin qu'elle soit informée des problèmes et puisse prendre les mesures correctives opportunes. Ce premier niveau est aussi considéré comme une manière de prévenir et d'éviter le dépôt de plaintes officielles. L'administration constate d'ailleurs que la plupart des plaintes qui lui sont adressées sont souvent la conséquence d'une mauvaise communication entre les familles et la direction ou d'une absence de réaction de celle-ci aux faits invoqués.

Le second niveau, celui de la plainte officielle auprès de l'administration, relève davantage pour la responsable citée d'une logique de "médiation". Il s'agit de faire intervenir un tiers, non dans une perspective d'écoute et de résolution légère, mais dans une perspective de "traitement" nécessitant de vérifier l'objectivité des faits. A cet égard,

⁵⁶ Arrêté du 2.04.2009, Section 8.

la responsable d'administration estime que la législation COCOF est relativement en phase avec la logique de médiation "droits du patient".

Elle considère qu'une médiation en interne dans les institutions, comme dans le cas de la médiation hospitalière, n'est pas favorable, au sens où cela "déresponsabilise les personnes qui sont censées être au premier plan". De son point de vue, il est préférable de ne faire intervenir un tiers que lorsque le résident a l'impression de ne pas être entendu.

De la même manière qu'en Région Wallonne, le travail d'inspection est considéré comme primordial pour améliorer la qualité des soins. Le travail à partir de la "plainte" semble par comparaison à cet égard jugé de moindre portée.

Les services d'inspection font de manière générale le constat que les résidents en MR-MRS évitent de se plaindre du personnel soignant, même si certains d'entre eux, plus rares, adoptent l'attitude inverse.

2.2.2.2. La Cocom

Deux principaux textes législatifs régissent les établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées relevant du bicommunautaire :

1° L'ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées du 24 avril 2008 (publication au Moniteur Belge le 16-05-2008) ;

2° L'arrêté du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées du 3 décembre 2009 (publication au MB le 17-12-2009).

2.2.2.2.1. Les libertés et droits des personnes âgées

Parmi l'ensemble des normes précisées dans ce dernier texte de loi, une première série concerne directement les libertés et droits des personnes âgées qui doivent être garanties par l'établissement.

Outre le libre choix du médecin (6°) qui se retrouve dans toutes les réglementations, les autres droits recourent sous des formulations quelque peu variées ceux promus par les autorités des autres régions et communautés (voir art. 3). On notera toutefois l'accent mis sur le respect de la diversité culturelle, religieuse et d'orientation sexuelle :

1° Garantie de mener une vie conforme à la dignité humaine, notamment en s'abstenant de toute mesure de contention, surveillance ou isolement.

2° Garantie de la plus grande liberté lors de l'occupation des lieux de la personne, pour autant qu'elle ne porte pas préjudice aux autres personnes âgées et aux tiers.

3° Entière liberté d'opinion philosophique, politique, religieuse, culturelle et linguistique.

4° Accueil et traitement de la personne âgée en français ou en néerlandais, selon son choix linguistique.

5° Respect de la vie sexuelle et affective de la personne âgée et de son orientation sexuelle.

L'établissement a en outre l'obligation (voir art. 5) :

1° de communiquer à chaque personne âgée ou à son représentant et à son médecin traitant les adresses de l'inspection de l'hygiène, de l'administration chargée de l'inspection de l'établissement, ainsi que l'adresse où des plaintes peuvent être déposées, tant en interne qu'en externe de l'établissement ;

2° d'afficher en permanence à l'endroit le plus adéquat le nom du gestionnaire, les coordonnées du directeur, les modalités d'introduction et d'examen des suggestions ou observations des personnes âgées, des renseignements relatifs au "conseil participatif", les modalités d'introduction des plaintes en interne ainsi qu'auprès des Ministres et de l'Administration, les coordonnées des services du Bourgmestre et des services de lutte contre la maltraitance, etc.

2.2.2.2.2. Le règlement d'ordre intérieur

A l'instar de la RW et de la COCOF, le règlement d'ordre intérieur précise les droits et devoirs de la personne âgée et du gestionnaire, ainsi que les modalités de fonctionnement du conseil participatif et celles d'introduction et de traitement de plaintes en interne à l'établissement.

2.2.2.2.2.1. Les droits des résidents en matière de soins de santé

Le modèle de ROI diffusé par la COCOF en 2011 spécifie, contrairement aux ROI examinés précédemment, un certain nombre d'éléments qui ont trait à la santé des résidents et à la nature de la relation résident-prestataire.

La santé y est définie comme un "état général de bien-être", et la MR comme un "lieu de vie sociale" qui offre un "service d'hôtellerie" et qui "(peut mettre à disposition) un ensemble de soins infirmiers, paramédicaux, médicaux et pharmaceutiques" (art. 1).

Les principales fonctions du personnel y sont mentionnées (art. 4) : le directeur est en charge de la gestion journalière, et l'infirmier en chef coordonne le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier, paramédical et des kinésithérapeutes.

Il faut en outre souligner l'indication de la personne de référence pour la démence qui encourage le personnel et l'entourage des personnes atteintes à la réflexion sur la problématique, et, pour les MRS, celle du médecin coordinateur et conseiller dont la tâche consiste à coordonner et organiser la continuité des soins médicaux ainsi que la composition et la tenue des dossiers médicaux des médecins traitants.

Le ROI signifie encore un ensemble de droits conformes à la loi de 2002 relative aux droits du patient (art. 15), à savoir : la garantie du libre choix du médecin, la tenue d'un dossier médical (contenant les éventuelles déclarations anticipées en matière d'euthanasie et de volontés relatives au traitement) et d'un dossier de soins pour chaque personne âgée, ainsi que la possibilité de les consulter à tout moment (et d'en obtenir copie).

2.2.2.2.2. La participation des résidents

La participation des résidents est soutenue à travers deux dispositifs légaux semblables aux autres région et communauté : un conseil de participation et la tenue d'un registre de suggestions (article 17).

a) Le conseil participatif vise la "collaboration active" des résidents, tant dans le domaine du cadre de vie que du délasserment. Il peut émettre des avis sur "toute question portant sur le fonctionnement général de l'établissement". Le ROI précise à cette fin l'importance du rôle du gestionnaire et du directeur pour assurer d'une part une "véritable dynamique de participation de chaque personne âgée" et d'autre part la rédaction d'un procès verbal de chaque réunion tenu à disposition des personnes âgées ou leur représentant. Ceux-ci, de même que le médecin coordinateur, ne participent pas d'office à ce comité mais peuvent y être invités.

b) Le registre pour suggestions ou observations

Si, comme en RW ou dans les établissements relevant de la COCOF, un registre doit se trouver dans chaque institution, il est par contre notable que celui-ci n'est disponible que sur rendez-vous, et qu'il est tenu par le directeur ou un responsable désigné par lui. Il doit toutefois être disponible sur demande par le conseil participatif et des fonctionnaires. Une boîte à suggestions doit également être tenue à disposition des résidents. Elles sont ensuite intégrées dans le registre prévu à cet effet.

2.2.2.2.3. Introduction et traitement de plaintes

Le ROI indique que "toute personne âgée et toute personne intéressée peuvent introduire une plainte auprès du gestionnaire ou du directeur et auprès des Ministres ou de l'administration" (article 18).

Si la plainte est adressée au gestionnaire ou au directeur, il en examine le bien-fondé et informe par écrit le plaignant des suites réservées. Par contre, si elle est adressée aux ministres ou à l'administration, les fonctionnaires procèdent au contrôle de son bien-fondé et entendent le gestionnaire ou le directeur. Ils sont tenus de prendre les précautions nécessaires pour garantir l'anonymat du plaignant et la confidentialité.

Les coordonnées complètes (adresse, téléphone, mail, adresse internet) de l'administration, des ministres compétents, des service de prévention de la maltraitance des personnes âgées de la Région bruxelloise (SEPAM et *Brussels meldpunt Ouderenmis(be)handeling*) sont mentionnées ainsi que celles, et cela appelle à être souligné, du Service de médiation fédéral "Droits du patient" (disposition datant de 2012).

*

La présentation des réglementations régionales et communautaires relatives au secteur MR-MRS permet de prendre la mesure de la complexité à considérer le déploiement de la fonction de médiation fédérale dédiée aux droits du patient vers les résidents des institutions dans leurs relations avec les prestataires de soin. L'activité qui s'exerce dans les établissements est régie par des normes organisationnelles axées sur la qualité des soins en tant que visée, sur le respect des droits du résident en tant qu'horizon, qui laissent à la médiation des plaintes une place très incertaine et peu assurée eu égard aux dispositifs de traitement de plaintes diversement mis en place.

III. La gestion des plaintes dans le secteur de l'hébergement et de l'accueil des personnes âgées. Une analyse des pratiques

Dans ce chapitre nous nous intéresserons aux questions suivantes, afin d'identifier, à partir des pratiques et attitudes en matière de plaintes à l'œuvre dans le secteur dans les différentes régions et communautés, celles qui concernent les droits du patient dont, en particulier, celui d'adresser une plainte auprès d'un service de médiation :

- quels sont les types de "plaintes" rencontrés et qu'entend-on sous ce terme ?
- quels sont les dispositifs utilisés pour soutenir l'expression et la réception de plaintes dans le secteur ?
- quels cheminements empruntent les plaintes de leur énonciation à leur résolution ?
- certains acteurs entreprennent-ils un travail de médiation ? Avec quelles garanties (respect de la confidentialité, neutralité, etc.) ? Avec quelle proximité par rapport au lieu de résidence et au lieu de soin ? Avec quels moyens ?
- quels sont les dispositifs jugés les plus appropriés par les différents acteurs ?

1. Résultats de l'analyse des entretiens réalisés en Région flamande

1.1. QU'EST-CE QU'UNE PLAINTÉ ?

Toutes les personnes interrogées s'accordent pour affirmer que la notion de « plainte » est complexe et qu'elle est donc sujette à de nombreuses interprétations. La façon dont ce terme est interprété influence considérablement la façon dont la plainte sera traitée.

1.1.1. Généralités

Les personnes interrogées pointent la nécessité, dans la pratique quotidienne, d'interpréter toute plainte et d'y donner suite de manière appropriée. Aucune règle générale ne permet de qualifier de « plainte » l'expression d'un mécontentement ou d'une inquiétude. L'interprétation influence considérablement le fait qu'une suite formelle sera ou non donnée à une « plainte ».

Les personnes interrogées mettent toutes en avant le large éventail de « remarques », allant de l'expression d'une insatisfaction ou des incidents et événements plutôt banals à des plaintes portant sur des faits ayant de réelles conséquences pour la personne ou la famille. On remarque que le personnel des MR-MRS et les autres intervenants de ce secteur interprètent les « plaintes » chacun à leur façon. Or, le processus d'interprétation a des conséquences directes sur l'enregistrement et le traitement de la plainte.

1.1.2. Plaintes au sein des MR-MRS

Les personnes interrogées signalent que l'interprétation de la notion de « plainte » diffère d'une institution à l'autre. Au sein même des MR-MRS, les différentes interprétations possibles ont des conséquences pour l'enregistrement officiel des plaintes. Dans la logique du décret-qualité flamand, ces interprétations influencent également la mise en œuvre de la politique de qualité des soins. L'enregistrement de (certaines) plaintes peut, dans cette logique, être associé à la rédaction d'un rapport interne, avec les conséquences que cela implique pour la stratégie de l'établissement. Une définition large du terme « plainte » se traduit par un plus grand nombre de plaintes enregistrées ; davantage de points semblent alors susceptibles d'être améliorés au niveau interne. En revanche, une définition stricte, entraînant moins d'enregistrement, peut avoir pour conséquence de masquer plus longtemps des problèmes structurels potentiels et dès lors de retarder la mise au point de solutions.

Les interviews font également apparaître que le degré de gravité attribué à une plainte dépend du problème/de l'incident, du canal utilisé pour la formulation de la plainte et du contexte dans lequel celle-ci est formulée.

Les établissements distinguent différentes réactions chez les résidents et les proches. Il s'agit tantôt de « conseils », tantôt de « suggestions », de « remarques » ou d' « avis ». Les faits considérés comme étant plus lourds de conséquences sont qualifiés de « plaintes ». La nature du problème influence l'interprétation de la plainte. Les plaintes peuvent concerner l'environnement du résident (par ex. l'alimentation, le chauffage..), le personnel ou la facturation... Il peut aussi s'agir de plaintes médicales.

La procédure utilisée peut aussi dépendre de ce qui fait l'objet de la plainte. Les « plaintes délicates », qui concernent par exemple un membre du personnel ou la mise en œuvre de la politique de traitement des plaintes, font l'objet d'un traitement et d'une gestion particulièrement prudents. Une des maisons de repos interrogées classe ainsi dans une catégorie distincte (enregistrement et procédure) les plaintes en rapport avec une perte ou un vol. Les plaintes médicales font également l'objet d'un enregistrement et d'une procédure spécifiques.

L'interprétation de la gravité de la plainte est également influencée par le canal (écrit ou oral) d'une part, et par le caractère officiel ou non de la plainte. Les plaintes informelles sont le plus souvent considérées comme de « petits problèmes », même si l'on note des différences d'un établissement à l'autre. Dans deux établissements, les plaintes écrites sont considérées comme officielles et les plaintes verbales comme informelles. Dans un cas, des problèmes ayant pu être directement résolus n'ont pas fait l'objet d'une procédure officielle et ont donc été traités comme des plaintes informelles.

Le traitement des plaintes non écrites s'inscrit souvent dans le cadre d'une politique de prévention des plaintes. Les plaintes informelles sont toutefois enregistrées avec moins de rigueur. Les personnes interrogées soulignent cependant que cet enregistrement peut aider à mettre au jour d'éventuels problèmes structurels et contribuer dès lors à la politique de la qualité.

Enfin, une plainte doit toujours être replacée dans son contexte. Ainsi, les plaintes formulées ou introduites par des proches sont souvent la conséquence du sentiment de culpabilité à l'égard du résident qu'ils ont dû « placer ». Dans ce cas, « ils se mettent du côté du résident » et on peut assister à une multiplication des plaintes. Durant les interviews, divers acteurs ont indiqué que, dans de telles situations, il convenait surtout d'ouvrir un dialogue sur la relation de soin. Les entretiens avec les intervenants en MR-MRS ont également montré que les usagers avaient parfois des attentes irréalistes par

rapport à ce que l'établissement pouvait offrir à ses résidents. Dans ce cas, une plainte doit plutôt être l'occasion d'une discussion au cours de laquelle les parties se mettent d'accord sur ce qui peut être pratiquement offert au résident. Le caractère de la personne qui formule ou introduit une plainte peut aussi influencer l'interprétation qui en sera faite. La multiplication de plaintes formulées par une même personne masque souvent un autre problème.

Les personnes que nous avons interrogées indiquent que les plaintes émanent essentiellement des proches. Une situation qui s'explique par un degré de dépendance accru dans un contexte de soins de longue durée et par l'état de santé du résident. La plupart des canaux ne font pas de différence en fonction de l'initiateur de la plainte – résident ou membre de la famille. De même, il y a peu de distinction entre les plaintes de personnes capable ou incapables. Lorsqu'une plainte est formulée par des proches, les patients sont dans la mesure du possible associés aux décisions. En cas d'incapacité totale, on se fonde sur l'interprétation des soignants habituels.

1.1.3. Plaintes (enregistrement des plaintes) - *Woonzorglijn*

La *Woonzorglijn* subdivise les plaintes sur base du contenu (rapport annuel *Woonzorglijn*) en trois catégories : appels concernant une plainte, communications et demandes d'information. La *Woonzorglijn* a également pour tâche de fournir des informations sur les milieux d'accueil et de séjour de remplacement. Ces demandes d'information n'entrent pas dans le cadre de la présente enquête.

Les règles régissant le classement des appels en plaintes ou communications sont fixées de manière formelle mais une certaine interprétation est toutefois autorisée.

- Selon la législation, il y a plainte lorsqu'une personne contacte la ligne pour signaler et dénoncer une atteinte au bien-être physique du résident ou des faits incompatibles avec les conditions de reconnaissance de la MR-MRS fixées par l'*Agentschap Zorg en Gezondheid*. Une plainte entraîne toujours des conséquences officielles : inspection, contact avec la direction pour certaines plaintes, par exemple dans le cas d'une erreur de facturation.
- Un appel est classé dans la catégorie « communications » lorsqu'une personne souhaite communiquer des conclusions, des expériences... sans pour autant envisager d'autres actions. Une communication pourra toutefois ultérieurement être transformée en plainte.
- Les entretiens avec la *Woonzorglijn* font apparaître qu'une plainte peut être introduite de manière anonyme. Le rapport annuel de la *Woonzorglijn* indique cependant que lorsque le « plaignant » ne souhaite pas décliner son identité, la plainte est commuée en communication.
- Une plainte est également enregistrée comme communication lorsqu'une demande d'inspection a déjà été introduite ou lorsqu'une inspection de la *Zorginspectie* est prévue dans un proche avenir.

En résumé, malgré l'existence d'une procédure formelle, la *Woonzorglijn* garde une marge d'interprétation quant à savoir si une plainte doit ou non être considérée comme une simple communication. Ce faisant, elle tient attentivement compte des conséquences pratiques et financières, prévues par le décret, d'un classement en plainte.

1.2. CANAUX ET PROCEDURES

Il existe diverses voies ou canaux pour la communication ou le traitement des plaintes. En ce qui concerne les MR-MRS, nous faisons une distinction entre les canaux internes et externes. Théoriquement, une personne doit d'abord utiliser les canaux internes et ne recourir à un canal externe que lorsque le recours au premier canal n'a pas abouti au résultat escompté. Il s'agit toutefois ici d'un scénario idéal vu les problèmes d'accès à certains canaux.

Nous évoquerons ensuite les procédures. Celles-ci dépendent d'une part du type de plainte (gravité) et, d'autre part, de la voie – interne ou externe – utilisée pour l'introduction de la plainte.

Nous examinerons également le problème des plaintes médicales qui suivent d'autres procédures étant donné que les compétences et les responsabilités sont dans ce cas organisées d'une autre façon.

1.2.1. Canaux et procédures pour les plaintes médicales

Les plaintes médicales impliquant un généraliste suivent les mêmes procédures que les plaintes concernant la relation patient-médecin en dehors d'une MR-MRS. Les plaintes peuvent être traitées par le Médecin coordinateur et conseiller (MCC) de la MR-MRS ou par l'Ordre des Médecins. Parfois, l'institution propose elle-même un changement de médecin généraliste, non pas en donnant un nom mais en mettant à disposition une liste de noms de généralistes.

Si la plainte concerne le MCC, la MR-MRS n'a pratiquement aucune marge de manœuvre.

1.2.2. Canaux internes

1.2.2.1. Coordinateur des plaintes

Le décret oblige les établissements à engager un coordinateur des plaintes dont le nom figurera dans *l'Interne Afsprakennota* et qui sera communiqué aux membres de la famille du résident. Il en est aussi généralement fait mention lors de l'entretien d'admission ou après l'admission.

Le coordinateur des plaintes est un membre du personnel de la MR-MRS. Il est responsable, entre autres, de la coordination des plaintes. Cette personne est compétente pour les plaintes des résidents, des proches, des intervenants et des membres du personnel. Il assure l'enregistrement des plaintes et leur traitement, la coordination de l'enquête et le suivi des actions et mesures à prendre.

Le profil du coordinateur des plaintes n'est pas fixé par le décret. Diverses personnes et fonctions peuvent donc être en charge de cette tâche au sein des MR-MRS. Dans de nombreux cas, cette tâche est assurée par le coordinateur de la qualité, mais elle peut l'être également par des cadres dirigeants, des travailleurs sociaux, des accompagnants, des personnes de confiance, des coordinateurs de soins. Certains établissements confient cette tâche à plusieurs personnes. Dans ce cas, le directeur sera souvent l'un des coordinateurs des plaintes. La direction détermine les responsabilités en la matière.

La personne chargée de la coordination des plaintes ne doit pas avoir suivi de formation spécifique mais elle doit néanmoins posséder certaines compétences. Elle doit pouvoir écouter, communiquer et travailler en équipe. Cette personne doit également être

discrète et bien connaître le secteur et la façon dont il est organisé afin d'être en mesure d'évaluer la faisabilité de certaines mesures. Elle doit être capable de rester neutre dans le conflit et impartiale. Le coordinateur des plaintes doit faire preuve d'ouverture lorsque des plaintes sont adressées. Une plainte doit être considérée comme un point à améliorer et non comme une critique.

La neutralité du coordinateur de plaintes

D'après les personnes interrogées, la neutralité d'un directeur assumant la fonction de coordinateur des plaintes est toujours difficile à garantir. D'aucuns soulignent cependant que d'autres collaborateurs peuvent également être sous la coupe de la direction. Pour préserver la neutralité, certains directeurs désignent délibérément une autre fonction ou personne pour la coordination des plaintes.

Selon les répondants, il importe surtout que le coordinateur des plaintes soit situé à proximité et facilement accessible aux résidents, proches, intervenants et collaborateurs. L'existence d'un lien de confiance est très importante. D'une manière générale, il est plus facile d'aller trouver la direction dans un petit établissement. L'accès est plus difficile lorsque l'institution compte de nombreux lits. La direction peut en effet manquer de temps et les contacts informels être plus rares vu le nombre élevé de résidents.

1.2.2.2. Le registre des plaintes ou le livre des plaintes et la boîte à idées

La mise en place d'un registre des plaintes fait l'objet d'une interprétation classique ou plus moderne selon l'institution. Dans le premier cas, l'obligation de tenir un registre des plaintes imposée par le décret est respectée de manière très stricte. Un registre est déposé à l'accueil ou dans un endroit très visible et les résidents, visiteurs et membres du personnel peuvent y formuler leurs plaintes. Ces établissements pensent devoir procéder de la sorte mais s'inquiètent du fait que les plaintes peuvent ainsi être lues par tout le monde. Un établissement met donc en garde les personnes utilisant ce registre afin qu'elles évitent de citer des noms et est d'avis que les affaires délicates doivent plutôt être soumises au coordinateur des plaintes ou à la direction. Dans une autre institution, le registre des plaintes est régulièrement consulté par le personnel qui déchire et classe les pages remplies. Trois établissements ont décidé d'utiliser cette méthode en raison de l'obligation fixée par le décret. La *Zorginspectie* est toutefois d'avis qu'il s'agit d'une méthode désuète et d'autres procédés sont donc encouragés.

Cinq MR-MRS utilisent une méthode alternative. L'une d'entre elles considère que c'est en principe contraire à la loi, mais que l'inspection est susceptible à cet égard de faire preuve de tolérance. Tout dépend alors du bon vouloir de l'inspecteur.

Pour des raisons de respect de la vie privée, deux MR-MRS mettent à disposition des formulaires ou des pages détachables qui peuvent ensuite être glissées dans une boîte aux lettres fermée. Dans deux institutions, le formulaire doit être remis à un collaborateur. Une plainte peut néanmoins être formulée de manière « anonyme » : dans ce cas, le collaborateur ayant reçu la plainte ne communique pas le nom du « plaignant » aux personnes incriminées. La personne ayant introduit la plainte recevra néanmoins un feedback durant la procédure de traitement de la plainte. Les formulaires de plainte sont parfois numérotés pour qu'aucun d'entre eux ne « disparaisse » subrepticement. Cette numérotation se fait également dans l'optique d'une possible inspection. Dans l'un des

établissements ayant participé à l'enquête, les formulaires doivent être retirés à l'accueil ; dans un autre, au sein du service. Cette façon de procéder nuit toutefois au respect de la vie privée.

Certaines MR-MRS encouragent les membres du personnel qui reçoivent des plaintes verbales de résidents ou de membres de leur famille à inciter ces personnes à faire enregistrer leur plainte, une procédure qui s'inscrit dans le cadre d'une volonté d'amélioration.

Seul un faible nombre de plaintes parviennent au coordinateur des plaintes par le biais du registre des plaintes. Ce canal est en effet rarement utilisé. Si son usage est facilité grâce à un accès aisé au registre et à la possibilité de formuler une plainte de manière anonyme, il se heurte au problème du respect de la vie privée. Tout le monde peut en effet lire la plainte, puisqu'il s'agit d'une plainte écrite (sauf si l'institution utilise une boîte aux lettres).

1.2.2.3. Le conseil de résidents et des usagers et le conseil des usagers invités (*Bewoners- en gebruikersraad et Gastgebruikersraad*)

Le conseil des usagers qui, conformément au décret, doit se réunir au moins une fois tous les trois mois, se compose de résidents, de proches et/ou d'intervenants. La moitié au moins de ses membres doit être composée de résidents. Une MR-MRS organise un conseil des résidents (composé de résidents) d'une part, et un conseil des familles – composé de proches et/ou d'intervenants –, d'autre part. Une MR-MRS a indiqué organiser un conseil d'usagers invités, distinct, réunissant des résidents en court séjour. Ces conseils sont généralement utilisés pour soulever et examiner des problèmes le plus souvent relativement ordinaires et susceptibles d'intéresser tout le monde. Les cas personnels n'y sont pas discutés. La *Vlaams Patiëntenplatform* estime qu'il s'agit là d'un canal approprié pour l'examen et le traitement de plaintes en rapport avec l'alimentation, le confort et les infrastructures. Dans plusieurs MR-MRS, l'évaluation des repas et des activités est d'ailleurs un point fixe et récurrent de l'ordre du jour.

Les personnes interrogées soulignent la valeur ajoutée de cet organe, mais indiquent qu'il est difficile d'y impliquer activement les résidents. Un autre problème vient du fait que ce sont toujours les mêmes questions qui sont mises sur le tapis. Confier intégralement l'organisation de ce conseil aux résidents est le plus souvent impossible en raison de l'augmentation du nombre de personnes dont l'état nécessite des soins lourds et du manque d'esprit d'initiative des résidents. Le mode de fonctionnement des conseils de résidents varie selon le type de résidents accueillis au sein de l'institution.

La *Zorginspectie* insiste sur le fait que la vision de l'établissement influence considérablement le fonctionnement du conseil des utilisateurs et la participation à celui-ci. Certains n'aboutissent à rien ou ne prennent pas suffisamment en compte les problèmes concrets des utilisateurs. Ces conseils sont souvent organisés « parce qu'il le faut bien ». Mais dans ces cas, personne ne se les approprie. La *Zorginspectie* plaide donc pour que les MR-MRS améliorent le fonctionnement et l'ouverture de ces conseils. Les résidents doivent avoir l'impression que l'institution exploite les contributions formulées lors de ces conseils et que celles-ci débouchent sur des améliorations, ce qui est encore loin d'être le cas actuellement. Les efforts visant à en faire un canal précieux et constructif doivent venir des deux côtés.

La *Woonzorglijn* signale que les résidents et les proches ne savent souvent pas qu'ils peuvent utiliser ces conseils de résidents pour formuler leurs éventuelles plaintes. Il

arrive aussi que ces personnes n'utilisent pas ce canal vu le laps de temps entre deux réunions. Certains proches indiquent ne pas assister aux conseils des utilisateurs ou ne pas être informés de leur existence.

En outre, l'organisation des conseils de résidents pose parfois problème dans les très petits établissements. Dans ces cas, les résidents s'adressent le plus souvent directement à la direction lorsqu'ils ont des plaintes ou des remarques à formuler.

Le mode de représentation des résidents varie en fonction de la taille de l'institution. Il arrive ainsi que les représentants des résidents et des utilisateurs ne soient pas désignés par une procédure électorale. Les personnes interrogées dans ces structures ne font toutefois pas état d'un manque de légitimité ou de plaintes concernant le statut des représentants. Dans d'autres établissements, les résidents n'assistent aux conseils d'utilisateurs ou de résidents que s'ils le souhaitent.

1.2.2.4. Enquêtes de satisfaction

Dans le cadre de leur politique de maintien et d'amélioration de la qualité, de nombreuses MR-MRS réalisent des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des membres du personnel. La *Zorginspectie* estime que l'enquête de satisfaction s'inscrit dans le cadre d'une politique de prévention des plaintes. Pour les établissements, ces enquêtes de satisfaction représentent un investissement onéreux et une importante charge de travail. Une institution indique cependant que cet investissement en vaut la peine, car il permet d'éviter les plaintes importantes.

Les MR-MRS utilisent ces enquêtes pour consulter les résidents. Lorsque ceux-ci ne sont pas en mesure de remplir eux-mêmes le questionnaire, ce sont des bénévoles neutres, qui ne connaissent pas les résidents, ou des proches qui les remplissent. Le nom de la personne ayant complété le questionnaire est indiqué sur celui-ci.

Toutes les MR-MRS n'organisent pas régulièrement ce type d'enquête mais ont l'intention de le faire dans le futur. Les enquêtes de satisfaction s'adressent généralement à tour de rôle aux résidents et aux membres du personnel. Un certain nombre d'institutions sollicitent pour cela les services d'un bureau d'enquête externe. Un service central peut aussi organiser et réaliser l'enquête pour un groupe d'institutions.

Les personnes interrogées au sein de l'administration flamande ont indiqué qu'il est question de rendre ces enquêtes de satisfaction obligatoires dans le cadre de la politique de la qualité.

1.2.2.5. Le service social

Quelques grandes MR-MRS sont dotées d'un service social, lequel joue alors aussi un rôle dans la politique de traitement des plaintes. Ces services sont souvent en contact direct avec les résidents et peuvent permettre d'éviter que des remarques ne débouchent sur de véritables plaintes. Selon la *Woonzorglijn*, le service social peut influencer le nombre de personnes ayant recours à sa ligne. Le service social permettrait d'éviter que des résidents et des proches n'introduisent leur plainte par le biais d'un canal externe.

Dans certaines institutions, le service social se charge de parcourir et d'expliquer l'IAN et la procédure de plainte aux nouveaux résidents au moment de leur admission.

1.2.2.6. Membres du personnel

Comme ils sont en contact avec les familles et qu'ils ont noué un lien de confiance avec celles-ci, les membres du personnel reçoivent souvent les doléances des résidents et de leurs proches. Le traitement de la plainte par un membre du personnel et la façon dont il l'interprète dépendent de la politique de gestion des plaintes de l'établissement mais aussi de sa propre position par rapport aux plaintes. Les personnes interrogées estiment cependant que les membres du personnel font souvent preuve de peu d'ouverture en la matière et n'adoptent pas une approche constructive. Selon la *Zorginspectie*, il appartiendrait à la direction d'y remédier. Cinq des MR-MRS visitées disent inciter leur personnel à adopter une attitude positive vis-à-vis des plaintes.

1.2.2.7. Le médecin coordinateur et conseiller et le généraliste librement choisi

Le médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une MR-MRS est chargé de coordonner les activités médicales au sein de l'établissement. Il participe à l'organisation des activités de formation continue du personnel infirmier, soignant et paramédical et des autres généralistes attachés à la maison de repos. Le MCC joue un rôle clé en matière de prévention. C'est surtout à lui en effet qu'il appartient de communiquer dans les délais le calendrier des soins et des traitements. Il assure aussi la bonne mise en œuvre de la politique de soins et s'efforce de mettre en place et de faire respecter une politique uniforme et cohérente de soins au sein de l'établissement. Le MCC est souvent très bien introduit dans les cercles de médecins généralistes et est en mesure de prévenir les situations conflictuelles de manière diplomatique, en jouant un rôle d'information, de motivation et de sensibilisation. Lorsqu'on lui en fait la demande, le MCC peut aussi conseiller les généralistes et les faire participer à des formations.

Les MR-MRS invitent parfois le MCC à intervenir en cas de plaintes impliquant des généralistes travaillant dans l'établissement. Dans certaines institutions, c'est la direction ou des infirmiers qui interviennent, alors qu'ils n'ont pas vraiment pris sur le généraliste faisant l'objet d'une plainte. Ces situations sont souvent considérées comme gênantes par les MR-MRS. Une discussion au sujet d'une plainte est en effet souvent perçue comme un blâme, un contrôle ou une tentative de moralisation.

Le MCC est désigné pour une durée déterminée et son mandat est renouvelable. *Crataegus*, une plateforme de représentation des MCC de *Domus Medica*, estime important que le MCC soit élu et que cette fonction bénéficie du soutien de tous les généralistes travaillant dans l'institution. Une nomination de la direction non soutenue par les généralistes peut être un obstacle lorsque le MCC est appelé à servir de médiateur dans un conflit impliquant un autre généraliste.

La vision du rôle du MCC en cas de plainte varie d'un acteur à l'autre. Un certain nombre de MR-MRS confient au MCC un rôle clé dans la médiation et le traitement de plaintes impliquant des généralistes. Selon elles, un MCC adoptera une attitude plus appropriée et aura plus de poids en cas de plaintes et de problèmes. La *Woonzorglijn* estime que c'est d'ailleurs là l'une des missions du MCC. Ce dernier est donc tenu d'intervenir en cas de plaintes impliquant un généraliste, puisque c'est aussi pour cela qu'il est payé d'après elle. D'autres institutions sont d'avis que le MCC n'a qu'un rôle d'information, de motivation et de sensibilisation. Il n'intervient pas en cas de plaintes. Une autre stratégie consiste à ne pas faire intervenir directement le MCC en cas de plaintes, mais bien de

l'impliquer en qualité de conseiller médical afin de participer à l'évaluation des aspects médicaux d'une plainte. Cette vision est soutenue par *Crataegus*. Dans la plupart des cas, les établissements résolvent les problèmes en limitant le rôle du MCC aux conseils médicaux. Le MCC n'est donc pas impliqué directement dans le traitement des plaintes. Le recours au MCC peut jouer le rôle d'une sorte d'épée de Damoclès en cas de persistance des problèmes. Vient alors la possibilité d'organiser un entretien entre le médecin généraliste et le MCC, une formation et, éventuellement, une discussion lors d'une réunion du groupe professionnel local de qualité ou LOK (*Lokale Kwaliteitsgroep voor peer-review*).

Le généraliste recueille parfois les plaintes des patients. Une institution seulement indique que le généraliste transmet ces plaintes à la direction.

1.2.2.8. L'infirmier en chef

L'infirmier en chef est un interlocuteur privilégié pour le recueil des plaintes des résidents, des proches, des intervenants et des membres du personnel. Les membres du personnel lui transmettent parfois aussi les plaintes des résidents. De par leur connaissance de l'organisation, les infirmiers en chef sont souvent en mesure d'identifier rapidement une solution en cas de plainte, ce qui permet d'éviter les plaintes formelles. L'infirmier en chef peut également être appelé à intervenir en cas de plaintes formulées par des membres du personnel, voire par des généralistes.

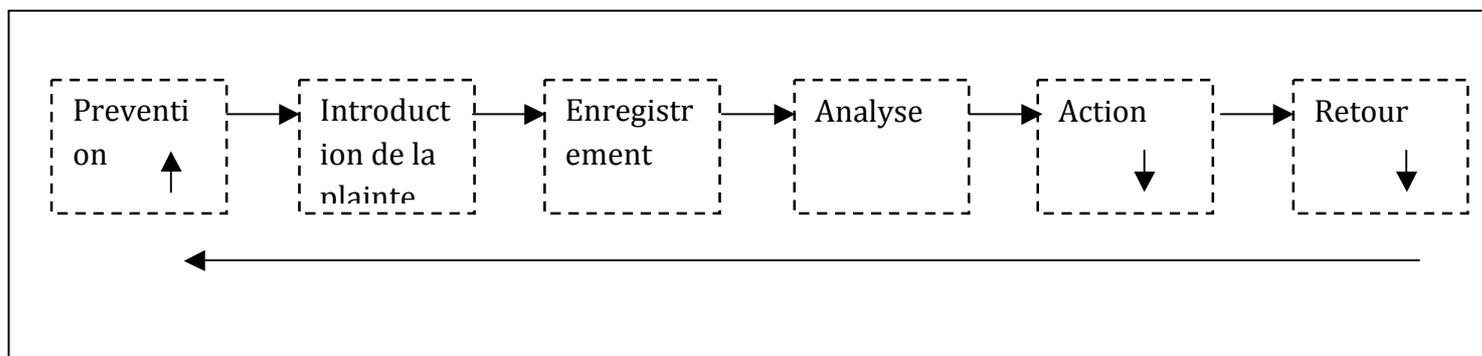
Dans une MR-MRS, l'infirmier en chef assume le rôle de médiateur, la direction étant le coordinateur officiel du traitement des plaintes. Il doit également rencontrer le résident pour voir comment celui-ci perçoit la situation lorsqu'une plainte est introduite par un membre de sa famille.

Pour la direction, l'infirmier en chef permet indirectement de faire en sorte que les autres membres du personnel se montrent plus ouverts en cas de plainte. L'attitude du personnel par rapport aux plaintes peut être influencée par l'infirmier en chef.

1.2.3. La procédure interne

La législation ne définit pas de manière spécifique la procédure de gestion des plaintes au sein des MR-MRS, d'où les nombreuses différences entre celles-ci en ce qui concerne les procédures utilisées. L'analyse permet de distinguer différentes étapes, à savoir : la prévention, l'introduction de la plainte, les aspects relatifs à l'enregistrement, à l'analyse et à la prise de mesures (ou à l'abstention), et le retour vers la personne qui a formulé la plainte, d'une part, vers l'établissement, d'autre part (figure 1).

Figure 1: Procédure interne de gestion des plaintes



1.2.3.1. Politique de prévention et d'amélioration

Toutes les personnes interrogées insistent sur l'importance d'une politique axée sur la prévention des plaintes. Différents moyens permettent d'éviter les plaintes (voir paragraphes précédents).

Pour les personnes interrogées, la bonne compréhension des besoins, des souhaits et des préférences des résidents (aussi bien lors de leur séjour qu'avant même leur admission) constitue une étape fondamentale de la prévention des plaintes. Elle permet en effet de mieux adapter les soins et l'hébergement aux attentes du résident. Dans certains établissements, un membre du personnel est chargé, avant ou pendant le séjour, d'adapter au mieux les conditions d'accueil du résident à ses souhaits, à ses attentes et à ses habitudes. Cette adéquation personnalisée fera l'objet d'un suivi pendant toute la durée du séjour. Selon les personnes interrogées, les enquêtes de satisfaction peuvent également être un outil précieux pour la mise en place d'une politique de prévention des plaintes. Associée à une politique de traitement des plaintes, une politique d'amélioration de la qualité (voir également la section consacrée à l'enregistrement et à l'analyse des plaintes) accroît l'efficacité de toute politique de prévention. En effet, la répétition d'un même type de plaintes peut permettre, le cas échéant, d'introduire des changements.

La politique de prévention et d'amélioration peut être facilitée par la mise en place de réseaux ou de fédérations de MR-MRS. Ces réseaux peuvent investir collectivement dans l'organisation d'enquêtes de satisfaction, ce qui permet de réduire les coûts. Une des personnes interrogées faisait partie du staff d'une entreprise commerciale regroupant plusieurs établissements. Les plaintes y sont enregistrées et centralisées à ce niveau et un MCC central a été désigné. La rationalisation de la procédure a permis d'avoir un meilleur aperçu des plaintes. Un autre groupe de MR-MRS s'est doté d'un administrateur-délégué commun. La présence de cette personne aux réunions annuelles du comité de direction pour le traitement des plaintes a facilité la mise en place d'une procédure plus cohérente et facilité l'échange de bonnes pratiques et de connaissances.

Une communication claire et de qualité entre les membres du personnel et entre le personnel et la direction a également un impact positif en matière de prévention des plaintes.

1.2.3.2. Introduction de la plainte

Un résident, un membre de la famille, un intervenant, un membre du personnel ou un généraliste attire l'attention en introduisant une plainte ou en formulant une remarque. À ce stade, la plainte est considérée comme une « plainte » ou comme une communication.

1.2.3.3. Enregistrement de la plainte

Le taux d'enregistrement des plaintes dépend de la politique de traitement des plaintes et de la « culture de la plainte » en vigueur au sein de chaque institution. L'un des établissements interrogés a indiqué qu'il incitait les membres de son personnel à enregistrer largement les plaintes, aussi insignifiantes soient-elles. D'autres MR-MRS ont fait le choix de ne pas enregistrer toutes les plaintes, remarques et conseils, en raison d'une charge de travail trop importante.

1.2.3.4. Analyse de la plainte

La quatrième étape est celle de l'analyse de la plainte. À ce stade, il s'agit de recueillir l'avis de toutes les parties impliquées. En effet, une situation ou un fait ayant abouti à la formulation d'une plainte de la part d'un proche n'est pas toujours considérée comme problématique par le résident concerné. Une fois la plainte analysée, il est possible d'imaginer diverses solutions pour résoudre le problème, en concertation avec toutes les personnes impliquées.

1.2.3.5. Action

Des mesures déterminées, quelles qu'elles soient, seront prises pour remédier au problème. Le coordinateur des plaintes ou la direction désignera en concertation une personne qui sera chargée de mettre en œuvre ces mesures correctives. Celles-ci seront également enregistrées.

1.2.3.6. Retours

Un retour vers la personne ayant introduit la plainte doit être prévu dans le cadre de la procédure. Ce retour d'information doit être assuré dans un délai raisonnable. Les établissements veillent à ce que la personne bénéficie rapidement de ce feedback.

Dans certains cas, la procédure prévoit également un retour vers la MR-MRS. Les plaintes font l'objet d'un rapport qui indique quelle suite leur a été donnée. Dans le cadre d'une politique interne de qualité, les erreurs doivent pouvoir être considérées comme une source d'apprentissage. Un rapport annuel est alors ici un outil d'amélioration de la qualité. La question clé sera toujours celle-ci : « la plainte a-t-elle trouvé une solution ? ». Les plaintes peuvent être minimales mais structurelles. L'analyse des plaintes et des communications peut donc aussi permettre de mettre au jour des problèmes structurels. Dans ce cas, une adaptation du système devrait permettre d'éviter la reconduction de nombre de petits problèmes.

La *Zorginspectie* estime que les MR-MRS devraient s'intéresser davantage à leur politique de gestion et de traitement des plaintes. Elles devraient également se rendre compte qu'elles ont intérêt à faire preuve de plus d'ouverture vis-à-vis des plaintes. Il faut sans doute aussi qu'elles osent parfois se « mettre en danger ». Dans certaines institutions, les membres du personnel devraient être davantage prêts à gérer les plaintes et à œuvrer à une politique d'amélioration. Il ne s'agit pas seulement de mettre en place des mesures formelles dans le cadre d'une politique de gestion des plaintes mais aussi d'engager une vision dans ce domaine. Selon la *Zorginspectie*, la vision d'une politique d'amélioration doit être impulsée au niveau de la direction.

Toutes les MR-MRS n'utilisent pas les informations consignées dans leur registre des plaintes pour adapter leur politique d'amélioration ou leur politique de la qualité. Elles ne rédigent pas forcément non plus un rapport. Parmi toutes les institutions interrogées, seules deux d'entre elles reprennent les informations de ce registre dans leur rapport annuel ou les examinent lors d'une consultation mensuelle multidisciplinaire.

1.2.4. Canaux et procédures externes

Les canaux externes utilisent différentes procédures. Leur fonction et leur fonctionnement dépendent étroitement de la procédure utilisée. Les remarques des répondants vont également dans ce sens. Elles sont donc reprises dans le texte qui suit.

1.2.4.1. Le Service de médiation fédéral

Le SMF exerce dans le cadre de la loi relative aux droits du patient, une loi essentiellement axée sur le respect des droits du patient et sur la médiation. Dans un premier temps, les manquements/fautes/erreurs éventuellement mis au jour ne sont pas jugés. L'idée est de permettre une médiation qui ne nuit pas à la relation d'aide et de soin. On essaie donc dans la mesure du possible de restaurer cette relation plutôt que de désigner un coupable. Le médiateur s'efforce d'analyser la plainte de manière approfondie afin d'avoir une vision objective de la situation. Le SMF n'informe jamais directement l'inspection des soins car ce qui importe dans ce cas, c'est la médiation. Il peut toutefois arriver que le médiateur fédéral conseille au résident ou aux proches de contacter l'inspection. C'est le cas lors de plaintes particulièrement graves.

Le SMF souffre d'un manque de visibilité. Parmi toutes les MR-MRS interrogées, deux seulement disent être au courant de l'existence de ce service de médiation – l'une ne sachant pas que ce canal peut également être utilisé dans le secteur des MR-MRS. Selon cet établissement, les MR-MRS ne font pas partie des groupes cibles énumérés dans la

brochure du SMF, contrairement à d'autres institutions du secteur des soins de santé. Quant aux experts que nous avons interrogés, un seulement savait qu'il existait des médiateurs fédéraux pour le secteur des MR-MRS. Une seule institution mentionne l'existence du SMF dans son règlement interne (*interne afsprakennota*). Son directeur n'était cependant pas au courant de cette possibilité de médiation à l'échelon fédéral. Les résidents peuvent ainsi avoir eu connaissance de ce service par ce biais. Jusqu'à la présente enquête, l'Inspection des soins flamande n'était elle-même pas au courant de l'existence du SMF. Selon *Zorgnet Vlaanderen*, le secteur n'a pas été suffisamment associé à la mise en place de ce service. On a donc sous-estimé à quel point la visibilité de cette fonction devait être assurée.

Tout comme *Zorgnet Vlaanderen*, la *Zorginspectie* se demande quels types de plaintes peuvent être traités au niveau du SMF. Elle suppose que la médiation fédérale peut être utilisée pour des plaintes relativement spécifiques et en rapport avec les droits du patient.

Selon *Zorgnet Vlaanderen*, le SMF est réservé aux résidents en lit MRS. En pratique, la différence avec un lit MRPA est uniquement comptable et les résidents ne connaissent de toute façon pas leur type de lit. Dans le contexte de la politique de gestion des plaintes, cette différence est tout à fait artificielle.

La Plateforme flamande des patients (*Vlaams Patiëntenplatform*) et le *sectorverantwoordelijke Planningsvergunningen en regelgeving RVT* se demandent dans quelle mesure le SMF peut sanctionner une MR-MRS et jouer dans ce cas le rôle de médiateur de plaintes. Le SMF joue certes un rôle de médiation, mais ce rôle est parfois réduit. Selon la *Vlaams Patiëntenplatform*, le SMF se borne à faire de la médiation et ne gère pas véritablement les plaintes. Lorsque la médiation échoue, le SMF se limite à fournir des informations et à apporter un soutien, en communiquant des adresses et des renseignements. En outre, les MR-MRS et *Crateagus* craignent aussi que le SMF ne comprenne et ne connaisse pas suffisamment le contexte dans lequel les plaintes sont formulées. L'accès au SMF, pour autant que cette possibilité soit connue, est par ailleurs relativement difficile en raison de la distance physique. Les personnes n'utilisent ce canal que pour des plaintes vraiment très graves. D'autres personnes/organismes interrogés ne sont pas de cet avis et signalent que ce service peut être contacté par courriel, par téléphone ou par courrier. Le SMF siège à Bruxelles. Une institution a fait remarquer que la dénomination-même de l'organisme créait déjà une certaine distance et le rendait peu accessible. En outre, il s'agit d'un mode de médiation technico-administratif, sans contact personnel, de l'avis de la *Vlaams Patiëntenplatform*.

1.2.4.2. L'Ordre des médecins

L'Ordre des médecins est compétent pour traiter les plaintes médicales. Lorsqu'une institution ne sait pas quelle suite donner à des plaintes impliquant un généraliste, elle s'adresse à l'Ordre des médecins en sa qualité d'organe externe pour l'évaluation des plaintes. L'Ordre des médecins est parfois saisi directement par des patients souhaitant porter plainte.

Lorsqu'il est saisi d'une plainte, l'Ordre des médecins ne joue pas un rôle de médiation, ce qui est une lacune selon diverses personnes interrogées. En outre, l'Ordre ne fournit que très peu de retours – voire aucun – à la personne ayant introduit la plainte. Une fois la plainte traitée au niveau de l'Ordre des médecins, il arrive que la *Woonzorglijn* reçoive encore des plaintes médicales de résidents ou de proches qui attendaient davantage de

suites de la procédure. La *Woonzorglijn* ne peut cependant pas y remédier. L'Ordre des Médecins est difficilement accessible aux patients.

1.2.4.3. La Woonzorglijn (et la Zorginspectie)

La *Woonzorglijn* est un service flamand d'information et de conseil sur les MR-MRS. Il peut être contacté par toutes les personnes ayant des questions relatives à ces établissements. Les questions traitées sont des plus diverses : elles peuvent concerner les droits et les obligations d'une personne âgée, des questions financières, etc. La *Woonzorglijn* reçoit et traite également les plaintes. Selon la *Zorginspectie*, la *Woonzorglijn* devrait surtout être réservée à l'introduction de plaintes en rapport avec les conditions d'hébergement dans les institutions.

La *Woonzorglijn* peut être contactée par téléphone, par courrier ou par courriel. Une permanence téléphonique est assurée tous les jours de la semaine, entre 9 et 12 heures. Le rapport annuel de la *Woonzorglijn* est rendu public via la presse afin d'accroître la visibilité de l'organisme. Elle a son siège à Bruxelles, ce qui, selon un certain nombre de personnes interrogées, peut être un obstacle à l'accès des résidents ou des proches. Selon le représentant de *Zorgnet Vlaanderen*, la *Woonzorglijn* n'est pas suffisamment accessible.

La *Woonzorglijn* estime recevoir un nombre de plaintes élevé et représentatif du nombre de résidents des MR-MRS, un point de vue que ne partage pas la *Vlaams Patiëntenplatform*, pour qui le nombre de plaintes reçues par la *Woonzorglijn* est particulièrement faible. On constate que les divers acteurs n'ont donc pas le même avis sur l'accessibilité et l'efficacité de la *Woonzorglijn*. Dans la plupart des cas, ce sont les proches des résidents qui introduisent des plaintes par ce biais. Ce canal est rarement utilisé par les résidents, qui sont le plus souvent des personnes âgées très dépendantes n'étant plus en mesure d'introduire elles-mêmes des plaintes. Les membres du personnel ainsi que les généralistes utilisent aussi souvent ce canal.

Toutes les personnes interrogées ne tarissent pas d'éloge sur ce canal externe « neutre » qu'elles considèrent comme tout à fait pertinent. Toutes estiment également que cette *Woonzorglijn* est très bien connue dans le secteur. La publication d'un rapport annuel par voie de presse renforce la visibilité de la *Woonzorglijn*.

Même si elle ne constitue pas un canal officiel pour la médiation des plaintes, la *Zorginspectie* reçoit régulièrement des plaintes de résidents et de proches. Dans ce cas, la procédure consiste à transférer la plainte à la *Woonzorglijn*. L'inspection est toutefois amenée à s'occuper de plaintes dans le cadre de ses activités. Lors des inspections, elle formule des recommandations à l'attention des MR-MRS sur base des plaintes reçues par la *Woonzorglijn* qui lui ont été transmises. Dans la mesure du possible, la *Zorginspectie* incite l'institution concernée par la plainte à examiner seule comment la gérer. Elle ne donne ici aucun conseil spécifique mais renvoie à d'autres fédérations et MR-MRS ayant identifié des solutions après avoir été confrontées à des plaintes similaires.

Au sein de la *Woonzorglijn*, la procédure peut être résumée comme suit :

1. Introduction de la plainte

Les personnes âgées, les proches, les intervenants, les membres du personnel et les généralistes peuvent adresser leurs plaintes par téléphone ou par courriel. Les personnes ayant des plaintes à formuler doivent se débrouiller seules puisqu'elles ne

bénéficient pas de l'accompagnement de l'établissement. Les plaintes émanent principalement des proches de résidents.

2. Analyse de la plainte

Une personne de contact écoute la plainte et l'analyse afin d'en déterminer le type. On vérifie si cette personne a déjà soulevé le problème au niveau interne ou si elle envisage de le faire. Les personnes sont incitées autant que possible à opter pour une procédure interne. Si ce canal interne ne permet pas d'aboutir aux résultats escomptés ou si la personne n'ose pas porter plainte en suivant la procédure interne, des informations lui sont fournies et les autres procédures existantes lui sont expliquées. À ce stade, les plaintes sont classées en « communications » ou en « plaintes » (cf. infra).

3. Action

Selon le type de plainte et le soutien dont bénéficie la personne qui introduit une plainte, différentes actions sont envisageables. Une première possibilité consiste à contacter la MR-MRS concernée pour examiner la plainte avec elle. La *Woonzorglijn* peut aussi prendre contact avec la *Zorginspectie* ou d'autres organismes chargés de l'inspection qui sont compétents en matière de traitement des plaintes. L'action est initiée par la personne de contact de la *Woonzorglijn*, après qu'elle ait elle-même interprété la plainte. Lors de cette interprétation, il sera aussi tenu compte des conséquences pratiques et financières des actions éventuellement entreprises.

4. Inspection

La *Woonzorglijn* travaille en étroite collaboration avec la *Vlaamse Zorginspectie*. En cas de plainte, la *Zorginspectie* sera mise au courant et elle pourra rendre visite inopinément à l'établissement. Ces visites ne sont pas annoncées en raison de la vulnérabilité du résident et du fait que ses déclarations doivent pouvoir être vérifiées sans que la MR-MRS n'ait eu le temps de remédier à la situation et de procéder à des adaptations avant le contrôle. Une partie des institutions interrogées, *Zorgnet Vlaanderen* ainsi qu'un ancien collaborateur du SMF, estiment que le fait que la *Zorginspectie* soit contactée constitue déjà en soi une sanction et pensent que la *Woonzorglijn* devrait plutôt essayer d'intervenir en qualité de médiateur. Son intervention dans le traitement des plaintes est en outre souvent jugée insuffisante par les répondants. De plus, il semble que le contexte des plaintes ne soit souvent pas pris en compte lors de l'interprétation et du traitement des plaintes. On souhaite épingler une situation alors que les efforts devraient être axés sur le rétablissement de la relation d'aide et de soins. Selon une personne interrogée dans une institution, la *Woonzorglijn* joue aussi indirectement un rôle de prévention. Pour cette personne, l'existence de la *Woonzorglijn* et la possibilité d'intervention de la *Zorginspectie* contribuent à améliorer la procédure interne de traitement des plaintes.

5. Retour vers la personne ayant introduit la plainte

La personne ayant introduit la plainte est informée des mesures prises.

6. Boucle de feedback vers l'établissement

La *Woonzorglijn* ne donne pas elle-même un feedback à la MR-MRS, sauf s'il a été décidé de contacter l'établissement à la suite de la plainte. Le rapport annuel de la *Woonzorglijn* peut cependant être consulté. La *Zorginspectie* accorde une attention toute particulière aux aspects ayant fait l'objet de plaintes via la *Woonzorglijn*. Les recommandations de la *Zorginspectie* peuvent expliciter davantage ces aspects.

Lorsque les établissements reçoivent un feedback ou la visite de la *Zorginspectie* suite à une plainte, ils doivent avoir le réflexe de demander pourquoi la personne a fait le choix d'introduire une plainte via un canal externe.

La *Woonzorglijn* reçoit parfois des plaintes médicales précédemment introduites auprès de l'Ordre des médecins. Les résidents ou des proches procèdent de la sorte car ils s'attendaient à un feedback plus personnel. Les personnes ayant utilisé le canal de l'Ordre des médecins ne sont souvent pas sûres en effet que leur plainte soit effectivement traitée et, pour plus de sécurité, elles contactent un autre canal. Dans ce cas, la *Woonzorglijn* ne pourra pas intervenir.

1.2.4.4. Meldpunt Ouderenmis(be)handeling

Le *Meldpunt Ouderenmis(be)handeling* est un service axé sur la maltraitance des personnes âgées à domicile ou en institution, par des membre de leur famille. La maltraitance de personnes âgées par des membres du personnel de MR-MRS ne fait donc pas partie des compétences de ce service. Cette antenne reçoit pourtant chaque année une dizaine de plaintes de maltraitance impliquant des membres du personnel de MR-MRS ou en rapport avec la mauvaise qualité des infrastructures de ces institutions. L'antenne renvoie dans ce cas le dossier à la *Woonzorglijn*. Elle ne renvoie jamais l'initiateur de la plainte au SMF en raison de son manque de visibilité.

1.2.4.5. Les mutualités

Les mutualités ne sont pas perçues par le secteur des MR-MRS comme étant un lieu approprié pour l'introduction de plaintes. Elles n'ont d'ailleurs pas connaissance de plaintes leur ayant été transmises. Les mutualités n'ont toutefois été interrogées dans le cadre de cette enquête.

Selon la *Woonzorglijn*, les mutualités informent parfois les personnes âgées de son existence et de sa mission. Il leur arrive en effet de renvoyer des personnes à la *Woonzorglijn*.

Selon la *Vlaams Patiëntenplatform*, l'indépendance des mutualités n'est pas garantie étant donné qu'elles offrent également des services de soins. Il est donc difficile de savoir avec certitude dans quel « camp » elles se trouvent. La plateforme estime qu'elles jouent un rôle essentiel dans les plaintes financières. Elles interviennent en outre dans la fixation du prix des séjours en MR-MRS.

1.2.4.6. Le CPAS et les services de médiateurs au niveau des villes/communes

Le CPAS est parfois utilisé comme canal pour l'introduction d'une plainte lorsque l'établissement est – ou a été – rattachée à un CPAS et que la personne souhaitant porter plainte a sur place une personne de contact. Dans ce cas, le CPAS transmet la plainte à la MR-MRS ou renvoie cette personne à la *Woonzorglijn*. Ce canal n'est pas souvent utilisé pour la médiation de plaintes dans ce secteur. Quand c'est le cas, il s'agit de questions financières et non de problèmes liés au personnel.

Le service de médiation d'une ville peut également jouer un rôle et servir de vecteur pour l'introduction de plaintes. Les résidents des MR-MRS de la ville d'Anvers contactent ainsi régulièrement la médiatrice de la ville, bien connue des Anversoïses. Les établissements renvoient d'ailleurs eux-mêmes vers ce service de médiation lorsque la

réponse ou les mesures prises suite à une plainte traitée en interne ne sont pas acceptées par la personne ayant porté plainte. L'ombudsman est une personne plus neutre et une réponse identique de sa part aura donc plus de chances d'être acceptée.

1.2.4.7. Un avocat

Les résidents, intervenants et familles ne se tournent vers un avocat qu'en cas de plaintes d'une réelle gravité en rapport avec un dommage financier ou physique. Le recours à un avocat est rare.

1.3. AUTRES THEMES

1.3.1. Le lien entre la *Woonzorglijn* et le Service de médiation fédéral

Le SMF n'a vraiment pas beaucoup de succès en Flandre, une situation que les personnes interrogées expliquent par le fait que cette instance est mal connue ainsi que par l'existence de la *Woonzorglijn*. Plusieurs répondants disent ne pas connaître suffisamment le SMF pour pouvoir se prononcer sur son utilité et son fonctionnement ; d'autres sont en faveur de la suppression de cet organe.

Plusieurs personnes interrogées plaident pour la suppression du SMF. Pour toutes les personnes interrogées au sein des MR-MRS, de *Crateagus*, de la *Woonzorglijn* et de *Zorgnet Vlaanderen*, les canaux externes que sont la *Woonzorglijn* et l'Ordre des médecins sont suffisants pour traiter les plaintes au niveau externe. Elles n'estiment pas ce service fédéral utile dans la mesure où la *Woonzorglijn* remplirait normalement entièrement cette fonction. En outre, le SMF est actuellement pratiquement inutile s'agissant des plaintes dans le secteur des MR-MRS. Le SMF est selon eux un gaspillage de ressources. En effet, il reçoit d'autant moins de plaintes que les résidents et les familles disposent déjà de nombreux canaux pour formuler leurs plaintes, suggestions et remarques.

La *Zorginspectie* estime cependant que le SMF peut venir combler une lacune étant donné qu'il s'inscrit dans le cadre de la loi relative aux droits du patient. Cette fonction de médiation est axée sur un autre type de plaintes que la *Woonzorglijn*. Alors que la *Woonzorglijn* gère les aspects en rapport avec l'hébergement, le SMF est compétent pour la gestion de plaintes concernant des actes médicaux et l'accès au dossier médical. Pour la *Zorginspectie*, le SMF constitue réellement un plus étant donné qu'à l'heure actuelle, l'Ordre des médecins ne parvient pas à traiter toutes les plaintes médicales. Il ne s'agit toutefois pas de médiation à proprement parler ; en outre, l'accès à l'Ordre des médecins est trop difficile et l'Ordre n'est pas tenu de fournir un retour à la personne ayant introduit la plainte. Selon la *Zorginspectie*, l'existence du SMF est une bonne chose, à condition que ses compétences et attributions soient clairement identifiées. Les lacunes à combler concernent les plaintes médicales et la consultation du dossier médical.

Les personnes interrogées dans les MR-MRS et à la *Woonzorglijn* sont en revanche d'avis que la loi relative aux droits du patient ne complète nullement, en termes de contenu, le décret qualité et le décret sur les soins et le logement. En outre, une partie des personnes interrogées estime que l'on assistera, au cours des deux à quatre prochaines années, à un transfert de compétences vers l'Autorité flamande, de sorte qu'un tel organe fédéral n'aura plus de raison d'être.

Pour l'instant, les compétences de la *Woonzorglijn* et du SMF se chevauchent. En outre, les groupes cibles ne perçoivent pas bien la différence entre ces deux fonctions. D'aucuns craignent qu'une scission effective des compétences entre les deux canaux de plainte ne soit une source de confusion et n'entraîne inutilement des transferts/re renvois de plaintes. Enfin, certains craignent que ces deux canaux ne finissent par se faire concurrence, ce qui pourrait avoir comme conséquence de rendre leur accessibilité encore plus problématique.

1.3.2. Y a-t-il pour les personnes concernées un problème subjectif d'accès au droit à introduire une plainte ?

Lors de notre enquête, nous avons demandé aux personnes interrogées si certaines personnes hésitaient à porter plainte par crainte de répercussions, indépendamment des problèmes d'accès déjà mis en évidence.

La *Zorginspectie* estime que c'est difficile à vérifier. Il est en outre délicat d'aller contrôler sur le terrain si cette hésitation est justifiée ou non. Selon les médecins de *Crateagus*, il arrive régulièrement que des patients aient des plaintes à formuler mais n'aient cependant pas l'énergie nécessaire pour agir et porter plainte. Il en irait souvent de même pour les familles de sorte que les choses en restent là et qu'aucune plainte n'est introduite.

Un certain nombre de répondants de MR-MRS a affirmé que c'était peut-être aussi une bonne chose que l'on ne puisse pas porter plainte si facilement. Il convient en effet d'éviter une « culture de la plainte ». C'est d'ailleurs la raison pour laquelle deux établissements ont décidé de ne pas utiliser le terme « plainte » dans leur communication à l'attention des résidents et des familles, lui préférant des mots comme « suggestion ». L'idée est d'éviter une telle « culture de la plainte ». Les MR-MRS craignent en outre parfois une juridisation du secteur.

D'autre part, selon la *Vlaams Patiëntenplatform*, la réduction du nombre de plaintes ou son faible taux représente plutôt une évolution préoccupante. Un nombre peu élevé de plaintes n'est pas un signe de bonne gestion ; cela signifie surtout que les patients et les familles ne sont pas encouragés à porter plainte. Il convient dès lors de trouver un juste équilibre entre inciter les résidents à exprimer leur insatisfaction et éviter l'apparition d'une « culture de la plainte », où toute insatisfaction pourrait devenir prétexte à porter plainte.

1.4. SUGGESTIONS DES PERSONNES INTERROGÉES

Lors des entretiens avec les divers intervenants, nous avons considéré plusieurs suggestions en matière de politique des plaintes. Il n'y a toutefois pas d'unanimité des interlocuteurs quant aux suggestions à formuler.

1.4.1. Un point de contact/une antenne ou des services de médiation spécifiques au secteur ? Une politique uniforme ?

Plusieurs personnes interrogées souhaitent que la procédure externe reste la plus aisée possible et donc la plus accessible pour les résidents. La « rationalisation » des canaux leur semble ainsi une bonne solution. Selon ces répondants, la création d'un point de contact unique et clairement identifié devrait permettre d'optimiser la politique de traitement des plaintes.

Les personnes interrogées émettent des réserves quant à la création d'un service de médiation spécifique au secteur, d'autant qu'il n'est pas toujours facile d'affecter les plaintes à tel ou tel secteur. Les limites entre les secteurs sont parfois floues de sorte que la personne ne sait pas toujours clairement quel service contacter. La multiplication des renvois de la plainte peut en outre considérablement allonger la procédure. Pour d'autres personnes interrogées, il importe peu qu'un tel service soit sectoriel. Ce qui compte le plus, ce sont les compétences et le modèle d'organisation, qui doit être de qualité.

Selon des personnes interrogées, il faudrait fusionner la *Woonzorglijn*, le SMF et le *Meldpunt Ouderenmishandeling*, à la condition toutefois que ce service central puisse s'appuyer sur un service d'études sous-jacent ayant une bonne connaissance des différents secteurs et de la législation applicable. Selon *Zorgnet Vlaanderen*, créer une fonction de médiation à l'échelon sectoriel serait du gaspillage. Toutes les institutions citées dans le décret « Woonzorg » doivent être responsables ensemble de la gestion des plaintes et coordonnées par le gouvernement flamand. La *Woonzorglijn* estime la législation trop complexe pour permettre la mise en place d'un modèle « généraliste » et trouve qu'il serait trop difficile d'organiser une procédure interne au niveau de ce point de contact. En outre, les personnes interrogées soulignent le fait qu'il existe déjà un médiateur flamand pour toutes les matières flamandes, qui pourrait faire office de point de contact central. Le responsable sectoriel en charge des autorisations d'exploitation et de la réglementation des MR-MRS estime que tous les secteurs n'ont pas besoin de la même façon d'un service de médiation. En ce qui concerne le secteur de l'accueil et des soins des personnes âgées, une écoute attentive, un service d'information et de coaching peut s'avérer plus utile qu'un service de médiation tel qu'il existe pour les hôpitaux. Le secteur aurait donc besoin d'une autre approche.

Le choix d'un modèle sectoriel présenterait des avantages en termes de communication. On voit d'ailleurs mal quel serait le rôle de ces services si ce n'était pas le cas. D'aucuns estiment qu'il serait facile d'expliquer à la population l'utilité d'un tel canal. Une autre personne interrogée dans une maison de repos n'est pas de cet avis ; elle trouve en effet que la liste des compétences d'un tel canal serait trop longue à résumer. Si le groupe cible du canal est trop vaste, moins de plaintes seraient peut-être introduites. En outre, il existe selon la *Woonzorglijn* un risque que les personnes concernées essaient de jouer sur les deux tableaux.

Zorgnet Vlaanderen plaide en faveur de l'intégration des lois, des décrets et des visions des autorités fédérales et flamandes en cas de transfert des compétences fédérales au niveau flamand. Cet exercice devrait être réalisé pour la Loi sur les droits du patient, les soins palliatifs, le respect de la vie privée...

Il convient à ce propos d'évaluer les instruments existant à l'échelon régional et fédéral. Il faut aussi examiner quels sont les éléments qui pourraient être intégrés dans la législation régionale et comment procéder. Actuellement, les lois fédérales sont transposées avec trop d'amateurisme au niveau des MR-MRS.

1.4.2. Coopération et information

Zorgnet Vlaanderen souhaite que les rapports rédigés par les différentes instances concernées soient regroupés et transmis au secteur et au Ministre. Ces rapports fournissent des informations qui sont source d'apprentissage pour ces différentes instances. Ces rapports doivent être intégrés dans le flux d'information en provenance des différents établissements en direction de l'Autorité flamande. Ces établissements doivent faire montre de responsabilisation et être transparents. On peut ainsi imaginer qu'ils fassent rapport sur la façon dont les plaintes ont été gérées et sur les solutions mises en œuvre. Les plaintes peuvent également être adaptées au profil des différentes MR-MRS. Une plainte atypique pour une institution pourrait ainsi être évaluée de façon à promouvoir une meilleure vision de la plainte. En outre, l'autorité serait ainsi en mesure de mieux évaluer la situation générale dans le secteur.

1.4.3. Autres plaintes

Une des personnes interrogées a évoqué la possibilité de permettre aux soignants et aux institutions de soins de s'exprimer lorsque la famille d'un patient incapable n'agit pas dans l'intérêt de celui-ci. Il arrive en effet que des proches soient davantage motivés par leurs intérêts financiers que par l'intérêt du patient. Cette personne propose ainsi la mise en place d'un service de médiation objectif qui assurerait le traitement de ces plaintes et la médiation. Les MR-MRS estiment cependant que de tels cas peuvent le plus souvent être résolus au sein même de l'institution par la voie de la médiation. En outre, le *Meldpunt voor ouderenmis(be)handeling* est compétent pour les cas de négligence et de maltraitance de résidents par des membres de la famille et les membres du personnel des MR-MRS peuvent donc prendre contact avec cette antenne.

1.4.4. Plaintes des membres de la famille versus plaintes des personnes âgées

Divers experts soulignent la nécessité de toujours examiner si les plaintes de membres de la famille ou d'intervenants sont également ressenties comme telles par les résidents. Lorsqu'une plainte est formulée, il convient d'emblée de vérifier si elle a été introduite au su du résident. Si ce n'est pas le cas, la personne doit avoir une bonne raison d'avoir agi ainsi : par exemple pour ne pas stresser davantage un patient en fin de vie ou lorsqu'il s'agit d'un patient souffrant de démence.

1.4.5. Les MR-MRS donnent-elles un feedback sur les plaintes ayant suivi la procédure externe ?

Les MR-MRS disent apprécier recevoir un feedback de la *Woonzorglijn* au sujet des plaintes les concernant. Ce retour leur tient à cœur et peut également constituer une motivation supplémentaire ou les aider à améliorer les choses. La *Woonzorglijn* n'y est pas favorable car cela met en péril l'exercice d'un contrôle ou le traitement de la plainte. Les MR-MRS estiment possible de garantir un feedback annuel permettant de préserver l'anonymat de la personne ayant introduit la plainte.

1.4.6. Ombudsman et médiateurs externes

Selon *Zorgnet Vlaanderen*, ce pourrait être une bonne idée d'inciter des bénévoles à devenir médiateurs de plaintes, moyennant une petite formation. Pour des raisons de visibilité et d'accessibilité, cette personne devrait être désignée au niveau de l'institution, sans qu'elle y soit nécessairement rattachée. Les communes pourraient aussi jouer un rôle à ce niveau.

Pour plusieurs personnes interrogées, des possibilités existent également au-delà du cadre institutionnel, mais se pose alors le problème d'une « distance » limitant l'accessibilité du service de médiation. Une solution pourrait consister à assurer une rotation de l'ombudsman entre les institutions, ce qui améliorerait la faisabilité financière, entre autres, d'une telle fonction extra-institutionnelle. Une personne s'interroge sur le financement de cette fonction. Si ce médiateur est rémunéré par la MR-MRS, son indépendance ne serait pas garantie, de sorte que moins de personnes se tourneraient vers elle. La *Vlaams Patiëntenplatform* suggère également d'inviter un facilitateur externe au conseil des résidents.

Lors du déploiement d'une fonction locale de médiation de ce type, la personne devrait pouvoir avoir accès aux informations de l'institution.

1.4.7. Modèle en paliers

Zorgnet Vlaanderen plaide pour l'introduction d'un modèle en paliers fondé essentiellement sur les interactions existant au niveau des MR-MRS. Une enquête interne systématique constitue la première étape, mais elle peut être suivie de plusieurs autres étapes. Lorsque les personnes ne parviennent à aucun résultat, en raison de leur style d'intervention ou d'erreurs dans les procédures, elles peuvent toujours faire appel à un médiateur de plaintes. Dans ce cas, le médiateur est officiellement invité à examiner le fonctionnement de l'institution et le vécu du résident pour identifier l'origine du problème. Il convient ici de fournir des garanties quant au respect de l'anonymat. La procédure doit être claire pour tout le monde : à qui s'adresser, comment et quand y aura-t-il un feedback ? La direction doit également être tenue informée (retour). La troisième étape est le recours à la fonction de médiateur au niveau de l'Autorité flamande, qui ne peut intervenir qu'après les deux premières étapes. La quatrième étape se situe à l'échelon juridique et procédurier. En présence d'une situation inquiétante susceptible d'avoir des implications pénales, les plaintes doivent être traitées à un autre niveau que celui de la *Woonzorglijn* et du Médiateur fédéral. Les droits du résident doivent dans ce cas être clairement précisés et les recours juridiques possibles

clairement indiqués. Dans ce modèle, les plaintes formelles doivent constituer l'exception.

1.4.8. Professionnalisation des coordinateurs de plaintes

Selon la *Zorginspectie*, des acteurs externes devraient pouvoir davantage influencer la mise au point par les MR-MRS de leur procédure de traitement des plaintes. La question est de savoir quelle approche adopter, sachant que, dans ce cas, elles devraient satisfaire à de nombreuses règles, ce qui impliquerait un coût financier supplémentaire. Les modalités spécifiques d'une telle procédure ne sont pas clairement précisées, de même que les responsabilités. La *Zorginspectie* estime donc que les initiatives de ce type doivent émaner du secteur lui-même. Dans les entretiens, les établissements n'ont pas insisté sur cette possibilité.

1.4.9. Médecins généralistes attachés aux MR-MRS

Un directeur assumant également le rôle de médiateur de plaintes dans une MR-MRS a plaidé en faveur d'un plus grand rôle et d'une plus grande influence des médecins généralistes. Pour l'instant, ceux-ci ne peuvent pas faire grand-chose en cas de problème. Il serait intéressant de remédier à cette situation en consignant le comportement prescripteur ou les heures de visites des généralistes. Tout le monde est toutefois bien conscient que les médecins généralistes sont sous pression et que la plupart d'entre eux font de leur mieux tout en tenant compte des souhaits de la MR-MRS.

1.4.10 Formes de soins adaptées

Certains interlocuteurs soulignent que bien des personnes âgées répugnent à l'idée d'aller vivre dans une institution, ce qui peut se traduire par de l'amertume, de la dépression, une multiplication des exigences... On constate cependant que cette opposition est moins forte si le placement a lieu au « bon » moment. Les projets de soins alternatifs devraient permettre d'éviter ou de retarder le séjour résidentiel. Il importe de trouver des alternatives afin d'éviter d'envoyer des personnes âgées en institution lorsque ce n'est pas vraiment nécessaire. Seules des indications claires – une situation réelle de dépendance nécessitant des soins lourds – devraient motiver le placement. La qualité de vie peut dans ce cas être améliorée et l'on observe alors un taux de satisfaction plus élevé des résidents et une diminution du nombre de plaintes. Il convient d'investir davantage dans la revalidation des personnes âgées afin de limiter la durée des séjours et de permettre le retour au domicile. Car aujourd'hui les personnes âgées sont trop rapidement envoyées en MR-MRS, ce qui coûte inutilement de l'argent.

2. DISCUSSION

Notre enquête se voulait exploratoire et essentiellement descriptive. Elle nous a permis de cartographier les différentes procédures et les divers aspects en rapport avec les plaintes dans les MR-MRS. Dans le cadre de ce qui a été convenu avec le commanditaire de l'étude, et compte tenu des moyens et du temps disponibles, les entretiens avec les experts et avec des personnes ayant une très bonne connaissance du fonctionnement des soins résidentiels pour personnes âgées en Flandre nous ont permis de dégager de précieuses opinions et recommandations.

Une approche semi-structurée progressive nous a permis de cartographier des points de vue clés en rapport avec la question centrale de l'enquête. Les nouvelles informations et points de vue recueillis lors des interviews et par le biais de l'analyse documentaire nous ont permis de soumettre certaines personnes à une nouvelle interview. Le « type » de personne interrogée n'a pas été choisi à l'avance, mais la sélection a été influencée par des thèmes et de nouveaux points de vue mis au jour lors des entretiens.

Ce rapport sur la politique de gestion des plaintes et les fonctions de médiation dans les MR-MRS ne prétend aucunement être exhaustif. Cette section de l'enquête sur la politique flamande en matière de traitement des plaintes est limitée et fait partie d'une étude sur les méthodes et procédures à l'échelon national. Nous nous sommes par ailleurs heurtés à de très nombreuses limites méthodologiques.

Les personnes interrogées pour cette partie de l'enquête ont été sélectionnées par le biais de la méthode « boule de neige ». En ce qui concerne les MR-MRS surtout, nous avons tenté d'interroger des institutions connues pour leurs bonnes pratiques. Les informations présentées ici sont donc susceptibles d'être biaisées.

Il convient absolument de faire remarquer – ce qui est fondamental pour ce type d'enquête – que cette partie n'entend pas, vu les moyens et le temps disponibles, dresser l'inventaire des points de vue des résidents et de leur famille. Nous avons seulement interrogé une représentante d'une organisation de patients ayant une expérience du fonctionnement de ce secteur. Ces considérations ne diminuent aucunement la valeur des informations descriptives présentées dans ce rapport mais nous ne prétendons en aucune façon avoir procédé à une analyse méthodologique approfondie.

En outre, nous sommes aussi conscients que certaines informations et considérations de personnes que nous avons interrogées fournissent surtout matière à réflexion. Il ne faut pas y voir seulement des exemples concrets issus de l'expérience. En raison du fait que les répondants ne sont pratiquement pas au courant de l'existence du Service de médiation fédéral, leurs commentaires relèvent davantage de l'hypothèse et ne se fondent pas sur des expériences concrètes.

3. CONCLUSIONS

- Une marge d'interprétation et une mise en contexte sont nécessaires pour déterminer si l'on est bien en présence d'une « plainte ».
- Il existe différents types de plaintes, chacun exigeant une approche spécifique.
- Le Service de médiation fédéral manque cruellement de visibilité. Sa mission et sa méthode de travail sont encore moins connues.
- En ce qui concerne la Flandre, il est difficile d'affirmer avec certitude que la loi fédérale sur les droits du patient s'applique aux MR-MRS et, si oui, dans quelle mesure.
- En Flandre, la politique de qualité préconisée par les autorités et par le biais des décrets constitue une réelle incitation à la formulation d'une politique de qualité dans le cadre de laquelle le traitement des plaintes joue un rôle important.
- Les MR-MRS sont les grands défenseurs d'une approche et d'un traitement graduel des plaintes (de la prévention au traitement) : essayer d'abord de résoudre les plaintes en interne par la concertation et une approche proactive.
- Intégrer excessivement le traitement des plaintes dans des procédures bureaucratiques formelles est difficile en raison de la nécessité d'interpréter les propos des résidents et de leur famille.
- Il convient d'œuvrer davantage à la diffusion des connaissances auprès des résidents et de leur famille sur les différentes voies et instances qui peuvent être utilisées en cas de plaintes.

2. Résultats de l'analyse des entretiens réalisés en Région Wallonne et Bruxelloise

2.1. AU NIVEAU EXTERNE

2.1.1. La gestion des plaintes par l'administration

2.1.1.1. L'administration wallonne (La Direction des Aînés)

Conformément aux dispositions contenues dans le ROI et la convention des résidents, lorsque l'administration wallonne du secteur reçoit une plainte, soit elle la traite elle-même, soit elle la renvoie vers d'autres acteurs. Vers les tribunaux civils s'il s'agit d'un problème de convention entre le résident et le gestionnaire ; vers d'autres administrations telles l'INAMI, l'ONSS, le SPF Économie selon que la plainte porte sur le financement des soins, le contrôle des prix, etc. La Direction des Aînés reçoit en pratique des plaintes qui touchent à un ensemble de domaines dont les soins ne représentent qu'une part parmi tant d'autres (conflits sociaux par exemple).

Selon la responsable interrogée, il n'est jamais arrivé que la Région renvoie une plainte au SMF droits du patient. Il est estimé que les dispositifs régionaux sont suffisants et qu'il n'y a pas de justification à solliciter ce service, ou à disposer d'un service spécifique pour cette fonction, voire qu'il y aurait par certains aspects un recouvrement de compétences avec les opérateurs qui jouent déjà *de facto* un rôle de « médiation » et ou de gestion des plaintes (directions d'établissements au niveau local et services d'inspection au niveau de la Région).

L'administration conçoit son intervention dans le cadre précis de la relation entre les résidents et les institutions dont leur propre personnel : donc à l'exclusion des médecins généralistes notamment qui, est-il précisé, restent librement choisis par les premiers. Le patient étant libre de choisir son généraliste, l'administration estime ne pas avoir à s'immiscer à ce niveau.

Par ailleurs, si les services wallons sont amenés à effectuer des inspections à la suite de plaintes, il peut arriver qu'ils décèlent d'autres problèmes dans ce cadre. Leur rôle est dès lors considéré beaucoup plus "intégré", plus "efficace" que si seul un médiateur "externe" traitait de manière individuelle chaque plainte reçue sans immersion dans les institutions. « Combien de fois, est-il affirmé, les inspecteurs dans le cadre de leurs visites d'établissements ne décèlent-ils pas de problèmes liés aux soins en l'absence de toute plainte! »

De tels propos viennent résumer la conception politique de l'administration du secteur de l'hébergement et de l'accueil des personnes âgées dans le contexte actuel des pratiques ayant cours dans les institutions. L'amélioration de la qualité des services et des soins nécessiterait un contrôle renforcé des établissements avec des moyens supplémentaires accordés à l'inspection, et la fonction de médiation par rapport à cet objectif n'est pas considérée comme le moyen le plus efficace : le dispositif de réaction à

une plainte étant jugé peu adapté au public des résidents âgés. A cet égard, la médiation n'est pas jugée comme une priorité.

L'administration wallonne reçoit, selon les propos de la même responsable, de nombreuses plaintes anonymes. Cette situation est problématique car il est alors difficile d'y donner suite, si ce n'est par le biais d'une inspection. Il est reconnu qu'il n'est pas toujours aisé, en fonction des procédures suivies, de respecter l'anonymat du plaignant lorsqu'il s'agit d'un conflit avec la direction ou le gestionnaire.

L'administration établit annuellement un rapport des plaintes qui lui ont été adressées. Si, par le passé, celles-ci concernaient essentiellement le secteur privé, la proportion de plaintes entre ce secteur, le secteur associatif et le secteur public tend en 2011 à s'équilibrer. Ainsi, 758 plaintes auraient été déposées l'an dernier, essentiellement en MR et MRS. Ce nombre est en augmentation⁵⁷, ce qui a fait dire à notre interlocutrice que "les paroles se déliaient un peu". Cette évolution n'est pas tant attribuée à un éventuel effet de la loi sur les droits du patient qu'à des changements intervenus au niveau de la communication de la Région wallonne quant aux dispositifs existants (site internet, relations avec des acteurs de terrain...).

Les plaintes émaneraient à 60 % d'un membre de la famille des résidents. Ce phénomène n'est pas neuf, il constitue probablement une particularité de ce secteur "personnes âgées" où ce ne sont pas tant les "résidents-patients" qui se manifestent en cas d'insatisfaction que leurs proches.

Selon la manière dont la Direction des Aînés répertorie les plaintes, elles se répartissent comme suit⁵⁸ :

- 1° : Qualité des soins : 21% (beaucoup concernent la présence du personnel de nuit, la permanence, la délivrance des médicaments)
- 2° : Négligences, maltraitance ou harcèlement : 18% (personnel considéré comme "incorrect", pas assez attentif comme le fait de ne pas effectuer le change des personnes souillées...)
- 3° : Organisation du travail : 17%
- 4° : Qualité de l'infrastructure et bâtiment : 12%
- 5° : Hygiène pour le résident : près de 7%
- 6° : Alimentation: près de 7%
- 7° : Aspects financiers : un peu plus de 6%
- 8° : Respect convention et ROI : 4,49%
- 9° : Qualité de l'accueil : 4%
- 10° : Autres (hygiène du personnel, de la cuisine, etc.)

Le traitement des plaintes par les services de l'Administration wallonne consiste dans un premier temps à vérifier si elles sont fondées ou non. Il apparaît que près du quart (24,5%) sont estimées "fondées", près de la moitié (45 à 46%) "non fondées", et que les autres étaient soit invérifiables (7,58%), soit l'information n'a pas été communiquée (22%).

⁵⁷ Il s'établit sur une offre de 45 445 lits.

⁵⁸ Données communiquées verbalement.

L'administration n'aurait selon les dires de notre interlocutrice jamais reçu de plainte concernant la relation entre un résident et son médecin généraliste. Par contre, les gestionnaires, eux, sont régulièrement amenés à se plaindre du comportement de ceux-ci (problèmes de collaboration avec les confrères, de visites à des heures indues, réclamation abusive d'honoraires, manque de vigilance...). Les cas soulevés ont alors été orientés vers l'Ordre des médecins, l'administration estimant que cela ne relève pas de ses compétences.

De manière générale, la faible proportion de plaintes adressées par les résidents apparaît comme une caractéristique du secteur en raison du manque de places disponibles : "*Ils ont peur! Ils ont peur parce que c'est difficile d'avoir une place en MR! Il n'y a pas de concurrence dans le secteur! On prend la place qu'il y a là où on la trouve! Donc ça met les résidents et en particulier les familles dans des situations extrêmement difficiles*", a ainsi déclaré, perplexe, notre interlocutrice.

2.1.1.2. L'administration de la COCOF

La COCOF ne dispose pas encore de "statistiques annuelles de plaintes" en raison du caractère récent des modifications législatives. Selon notre interlocutrice, dès l'an prochain, un tel rapport annuel précisant la nature et le traitement des plaintes sera mis en place. Actuellement, un "registre des plaintes" est envoyé semestriellement au Cabinet, mais ne fait pas l'objet d'analyse systématique.

- Type de plaintes

Selon les personnes rencontrées à la COCOF, les plaintes adressées à l'administration touchent elles aussi à tous les domaines qui on trait à un "lieu de vie", à la "vie quotidienne". Elles sont très variables en fonction du profil et des attentes des résidents, de leur état de santé et de leur niveau de dépendance : problèmes de facturation, de nourriture "périmée", d'horaires de repas, de manque d'hygiène du linge, de rareté des toilettes, de suspicions de vol, de relations entre résidents, etc.

"Les plaintes, c'est sur le quotidien de vie de personnes qui ont perdu une part de leur autonomie, une part de leur cerveau, une part de leurs moyens d'action... C'est sur le quotidien, je ne sais pas le dire autrement. Je veux dire : c'est du quotidien "usant". En fait, c'est : 'je n'ai pas le service pour lequel je paie'". (Responsable d'administration)

Elles ne portent par contre que très rarement sur un problème d'un résident avec un prestataire de soins.

Les plaintes d'ordre médical sont le plus souvent adressées par le médecin généraliste du résident à l'encontre du médecin coordinateur de la MR-MRS. La responsable interrogée estime cependant que l'administration n'a pas le personnel compétent pour traiter ce type de situation par rapport à laquelle elle s'estime par ailleurs relativement démunie.

L'administration exclut a priori de son domaine d'intervention toutes les plaintes qui auraient trait au traitement médical des usagers. Elle n'a de toute façon pas de pouvoir sur les généralistes qui restent librement choisis par les résidents. Elle interviendra par contre auprès d'un établissement si elle constate que des normes ne sont pas respectées, en matière de contention par exemple.

Les services d'inspection reçoivent de temps en temps des plaintes concernant des "renvois" de résidents, c'est-à-dire des ruptures de contrat jugées abusives. Ils ont déjà été amenés à observer qu'en cas de plaintes récurrentes, les institutions choisissaient parfois de se séparer des résidents. C'est notamment le cas en MR, quand il est jugé que "le cas" devient trop lourd pour les services et problématique pour les autres résidents ou quand les familles se montrent en permanence insatisfaites.

Face à ce type de situation délicate, les services d'inspection font part de leur désarroi et manifestent que dans certains cas, l'intervention d'un "médiateur" pourrait avoir toute sa pertinence. Le résident est en principe protégé puisque son contrat ne peut être résilié sans motivation. Le fait de devenir un cas plus lourd au niveau des soins, s'il ne peut justifier une résiliation de la convention d'hébergement, entraîne cependant fréquemment insatisfactions et difficultés de part et d'autre et sentiment d'impuissance de l'autorité communautaire.

Il n'est jamais arrivé selon les propos de nos interlocuteurs que l'administration de la COCOF renvoie une plainte au SMF. Ce service est non seulement méconnu, mais n'est mentionné dans aucune réglementation en matière de plaintes, contrairement aux autres dispositifs. Il est dès lors estimé qu'à l'instar de ceux-ci, il serait primordial d'informer les résidents de son existence, via le ROI ou la convention d'hébergement.

L'administration estime que nombre de plaintes ne devraient pas lui parvenir, comme celles qui concernent des petites réparations à effectuer dans les établissements par exemple. Elle explique cela par la crainte de certains résidents de se confronter à la direction.

Par rapport à ce phénomène, la COCOF déclare miser sur la formation des directeurs, sur leur qualification, l'accroissement de leurs compétences en matière de communication et de gestion de conflits.

- L'origine des plaintes

Selon une estimation rapide de nos interlocuteurs, 80% des plaintes adressées à l'administration proviennent des familles des résidents et non directement de ceux-ci.

Si la plupart d'entre elles semblent recevoir l'attention nécessaire, certains propos laissent entendre que certaines sont disqualifiées aussi vite qu'elles sont exprimées, comme cela semble être le cas lorsqu'elles sont continuelles.

Une inspectrice constate que les plaintes concernent souvent les mêmes institutions, et que, *a contrario*, il est rarissime d'en recevoir au sujet de celles dans lesquelles le gestionnaire et la direction se montrent très disponibles, à l'"écoute" et réactifs aux observations qui leur sont faites.

- Le traitement des plaintes

Les plaintes sont gérées au cas par cas, en fonction du type de problème rencontré. Chaque dossier est examiné, et sur cette base, il est établi si une inspection se justifie ou non.

Il arrive que le traitement de la plainte ne mette aucun dysfonctionnement institutionnel en évidence, et se conclue par une simple réponse empathique au plaignant.

Il arrive également, qu'en cas de conflit entre les parties (résident et direction par exemple) les services d'inspection fassent appel au service de psychologues pour tenter de les mettre d'accord. Il s'agit ici d'une forme d'intervention d'un tiers, sous-traitée d'une certaine façon à des professionnels en la matière dès lors qu'il est avéré qu'aucune norme n'a été enfreinte.

L'administration COCOF constate, à l'instar de ce qui se passe en RW, que de nombreux plaignants s'adressent simultanément aux différentes instances officielles. Quelle que soit leur plainte, ils ont tendance à la porter sous tous azimuts dans l'espoir d'être entendus. Dans ce cas, le traitement de la plainte est parfois amené à subir une succession de réorientations et doublons, multipliant de la sorte le nombre d'étapes nécessaires aux plaignants pour parvenir à leur fin.

Notons que selon l'inspectrice COCOF, si le SEPAM renvoie parfois des plaintes à l'administration, l'inverse ne se produit que lorsqu'il s'agit d'un problème de maltraitance et d'un besoin d'écoute.

Il arrive également que des usagers préfèrent s'adresser à Infor-Homes ou au SEPAM plutôt qu'à l'administration elle-même pour échapper au formalisme des procédures et limiter ainsi les risques d'effets collatéraux sur le résident.

Autre constat semblable à ce qui se passe en RW : le dispositif de plaintes existant ne touche pas le public des personnes les plus fragilisées et isolées vivant en institution. L'importance des inspections est ici aussi souligné pour permettre de déceler d'éventuels abus les concernant.

Interrogée au sujet de l'instauration d'un service de médiation spécifique pour les résidents en MR et MRS, la responsable de la COCOF estime qu'il n'est pas nécessaire d'introduire un nouvel échelon de plainte complémentaire, en plus ou à côté des deux niveaux déjà existants. Elle mise davantage sur une bonne communication au sein des institutions et donc, sur une bonne gestion des problèmes par les directions d'établissements. Un premier argument est d'ordre à la fois pratique et économique : "on ne va pas mettre des échelons intermédiaire partout, d'abord on n'y arriverait pas"; et le second est davantage politique : elle craindrait, comme le craint également l'administration RW, que cela ne conduise à une déresponsabilisation des professionnels des MR-MRS. Il lui semble également qu'il est compliqué d'isoler les questions de qualité des soins de toutes celles qui relèvent de l'organisationnel. Une inspectrice quant à elle estime qu'une véritable fonction de médiation pourrait être utile quand il n'y a pas de solution organisationnelle à trouver.

En conclusion, il apparaît que du point de vue des personnes rencontrées à la COCOF, l'amélioration globale de la qualité des services et des soins en institution pour personnes âgées a davantage à gagner de l'amélioration de la communication au sein

même des établissements que du développement de dispositifs de plainte, jugés secondaires et trop indirects pour atteindre un tel objectif.

Si une fonction de médiation devait être développée, elle serait jugée utile pour apaiser les tensions entre résidents/famille et directions lorsque aucune infraction aux normes ne peut être incriminée. Et il est parfois souhaitable que les problèmes puissent se régler sans passer par la "grosse artillerie" de l'administration ou de la justice et leurs procédures de vérification.

On le voit, la médiation n'est pas ici envisagée dans l'acception qu'elle recouvre dans la loi relative aux droits des patients. Elle déborderait du cadre des "soins" dispensés par des professionnels pour s'étendre à tous les aspects de la vie quotidienne en établissement pour personnes âgées. Il s'agirait d'un service lié à la Région, auquel les inspections pourraient faire appel quand elles ont épuisé leurs propres dispositifs.

Il n'est pas non plus jugé souhaitable dans cette perspective de séparer le champ de la médiation entre le domaine des soins et les autres (organisationnel, etc.) afin d'éviter de "saucissonner les plaintes". Amener le résidents à devoir faire appel à un intervenant différents en fonction du type de difficulté est considéré comme beaucoup trop compliqué et peu opérationnel.

2.1.1.3. L'administration de la COCOM

Selon les inspectrices rencontrées à la COCOM, les plaintes qui parviennent à l'administration sont traitées par des inspectrices-assistantes sociales lorsqu'elles concernent une problématique générale et par une inspectrice-infirmière s'il s'agit spécifiquement d'une plainte portant sur les soins.

Il n'existe pas de rapport officiel de plaintes : les services d'inspection communiquent uniquement leur relevé annuel en interne.

De manière générale les plaintes formelles sont assez peu fréquentes et portent peu sur les soins - bien qu'elles aient tendance à augmenter légèrement - ce qui reste très significatif du faible recours à ce dispositif.

Le relevé des dernières années s'établit comme suit⁵⁹ :

2008 : 1 plainte (manque d'infirmier en MRS)

2009 : 2 plaintes (mauvais suivi des traitements de malades chroniques)

2010 : 5 plaintes (problème de local fumeur, mauvais suivi des soins...)

2011 : 4 plaintes (manque de personnel, horaire de souper, problèmes d'hygiène - pas de bains)

Sur les 12, 2 ont été adressées par un membre du personnel, 1 par un résident, et le reste par les familles.

Outre ces plaintes formelles, l'inspection constate que les récriminations portent souvent sur un ensemble de griefs et sont rarement très ciblées : "alimentation, soins,

⁵⁹ Informations transmises verbalement.

problèmes administratifs, financiers, manque de personnel, tout!..." Par ailleurs, celles qui portent plus spécifiquement sur les soins ont trait à des erreurs de médicaments, à des brûlures durant le bain, à des chutes restées sans suivi médical, etc.

Sans que des plaintes ne soient exprimées à ce sujet, lors de leurs visites dans les institutions, les inspectrices chargées de l'inspection des soins observent parfois des problèmes ayant trait à la distribution des médicaments, aux pansements ou encore à la tenue des dossiers médicaux.

Le peu de plaintes formulées à l'administration s'explique en partie selon nos interlocutrices par le fait que la plupart des problèmes rencontrés en institution sont gérés en interne.

La crainte de se voir signifier le renvoi de l'institution serait également une raison d'éviter de se plaindre.

- L'origine des plaintes

Comme pour la RW et la COCOF, ce sont habituellement les familles qui adressent des plaintes à l'administration, non les résidents. Au regard des inspectrices, ces plaintes sont cependant parfois davantage révélatrices d'un malaise vécu par des proches eux-mêmes à l'égard de leur parent que d'un véritable problème quant aux services.

Il arrive aussi à l'administration des plaintes adressées par des professionnels à l'égard de l'établissement. Celles-là surviennent régulièrement après que des membres du personnel aient été licenciés afin de "dénoncer" certaines irrégularités, comme la falsification d'horaires par exemple.

Outre ces filières par lesquelles parviennent les plaintes, la COCOM en reçoit également des Ministres qui leur renvoient celles qu'ils ont reçues, cette procédure étant prévue, et d'Infor Home avec qui l'administration a l'habitude de collaborer.

- Le traitement des plaintes

Les procédures de traitement des plaintes à l'administration COCOF sont semblables à celles déjà décrites.

- Faire connaître le Service de médiation fédéral

Au moment de mener notre enquête, le Service fédéral n'était pas connu des services d'inspection. Au cours des derniers mois, la situation a probablement évolué puisque cette instance est désormais mentionnée dans le ROI. Cela semblait aller de soi à nos interlocuteurs que ce service devait se faire connaître, non seulement dans les établissements, mais surtout auprès des résidents.

Ils estimaient que cela permettrait aux plaignants d'être plus impliqués qu'actuellement dans la trajectoire des plaintes et la recherche de la solution favorable.

Les inspectrices soulignaient également, comme à la COCOF, l'importance pour les directions de pouvoir s'adresser elles aussi à un "service de médiation" : non pour faire respecter les droits des résidents en tant que tels mais pour résoudre les difficultés relationnelles engendrées par leur séjour en institution. Il s'agit donc d'une perspective

quelque peu différente, correspondant partiellement à ce qui est proposé par Infor Home/Senior Médiation.

Le service interrogé à la COCOM constate en effet les limites de leur champ d'action par rapport à l'exercice des droits des résidents. Si les inspections permettent de détecter certains manquements dans les établissements, il n'est matériellement pas possible de s'intéresser à chaque résident individuellement.

Comme à la COCOF, il reste néanmoins estimé à la COCOM que la formation des directions constitue une étape fondamentale afin d'améliorer la qualité des services et des soins dans les établissements. Le secteur s'améliore au niveau de la qualité de l'accueil des résidents et c'est attribué pour une grande part à leur meilleure qualification, quoiqu'il y ait encore des différences en termes d'implication personnelle.

2.1.2. Les plaintes adressées à Infor-Homes et au SEPAM

2.1.2.1. Infor-Homes⁶⁰

Bien que la mission principale d'Infor-Homes se situe en amont du traitement de plaintes (mission d'information et de conseil dans le choix d'un hébergement), l'association est amenée à recevoir des appels au sujet de doléances concernant des MR et MRS. Elle exerce également un rôle d'information et de conseil juridique quant aux normes des institutions et aux droits des résidents. Ainsi, si la plupart des conseils touchent aux aspects réglant la convention d'hébergement (facturation, délais de préavis, responsabilités de l'institution, etc.), d'autres ont expressément trait aux droits des résidents-patients, tels que le droit de choisir son médecin traitant⁶¹. Infor-Homes souligne cependant dans son dernier rapport d'activité que la demande d'information cache parfois l'expression d'un malaise, d'une souffrance - d'une "plainte" - sous-jacente (*Infor-Homes, Rapport d'activité 2011, page 71*).

- L'écoute de la "plainte"

Le rôle d'écoute développé par Infor-Homes dans ses consultations conduit les professionnels à distinguer deux types de "plaintes" de la part des résidents et de leurs proches. Celles qui semblent s'ancrer dans une souffrance globale à l'égard de la situation du résident institutionnalisé (maladie, vieillissement, démence, sentiment d'abandon, culpabilité, déchirements...) sans que des dysfonctionnements "objectifs" ne

⁶⁰ Infor-Homes Bruxelles se définit comme une asbl bruxelloise, indépendante et pluraliste, dont l'objectif est de "promouvoir le bien-être de l'adulte âgé hébergé en institution". Elle est partiellement subventionnée par la COCOF et la COCOM, et travaille en collaboration avec son homologue bruxellois néerlandophone "Home Info" vzw. Elle exerce une triple mission : banque de données sur tous les lieux d'accueil et d'hébergement des personnes âgées à Bruxelles, information et orientation personnalisées de consultants à la recherche d'un lieu de vie; dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées (agrée par la COCOM); mission d'"observatoire" vis-à-vis des usagers, des professionnels et des décideurs politiques. (*Infor-Homes, Rapport d'activités 2011, pp. 9-10*).

⁶¹ Infor-Homes, Rapport d'activités 2011.

ressortent, et celles qui révèlent au contraire certains problèmes dans le chef des établissements.

Dans le premier cas, l'écoute restera sans suites du côté d'Infor-Homes si ce n'est parfois de suggérer aux appelants de se tourner vers un centre de santé mentale s'il s'avère que cela serait susceptible de les aider.

- Les récriminations "ciblées" en matière de soins

A côté de ces appels et consultations renvoyant à un vécu difficile, d'autres pointent plus explicitement des manières de faire à corriger ou améliorer selon Infor-Homes. Ces "plaintes" ne sont pas exprimées par les seuls résidents et leurs proches, mais aussi par des prestataires de soins, soit à l'égard de confrères et collègues, soit à l'égard de l'institution :

- . manque de vigilance (ex: chutes auxquelles il n'a pas été accordé d'attention),
- . absence de considération des familles dans le cas du décès d'un parent ("Combien de fois la direction vient, non pas présenter ses condoléances, mais la facture", nécessité de "vider" la chambre sans délai...),
- . manque d'information au sujet des médicaments et des soins donnés (lesquels, pourquoi? ...)
- . souhait de résidents de gérer leurs médicaments eux-mêmes,
- . traitements mal adaptés (trop de médicaments ou pas de traitement...),
- . manque de vigilance de médecins traitants,
- . manque de communication des médecins généralistes avec les responsables de nursing,
- . manque de suivi du dossier médical,
- . prescription de contentions par le médecin coordinateur qui est aussi médecin traitant...

De manière générale, Infor-Homes constate qu'il est rare que les plaintes portent spécifiquement sur les "soins". Par contre, déclare notre interlocutrice, "on va se plaindre du manque de communication, du manque d'attention, d'une certaine forme de négligence, c'est-à-dire de ce qui "entoure" le soin".

- un rôle de "conciliation"

Lorsque des "plaintes" semblent légitimes à Infor-Homes, leur intervention peut consister à conseiller et soutenir des résidents ou leurs proches à les exprimer plus formellement auprès des acteurs concernés en interne (gestionnaire, direction, direction de nursing, médecin coordinateur) ou auprès des services d'inspection. Le service juridique d'Infor-Homes "instruit" par contre lui-même certaines plaintes auprès des établissements, agissant selon leurs propres termes en tant que "conciliateurs".

- Impulser la "qualité"

Infor-Homes se rend constamment dans l'ensemble des établissements MR et MRS situés en région bruxelloise (COCOF et COCOM). En cas de mécontentements formulés à l'encontre de certains d'entre eux, des visites seront organisées de manière à aborder avec la direction les pratiques incriminées. Sans ressortir d'un traitement formel de plaintes, elles permettent, selon Infor-Homes, d'engager le dialogue et de proposer des pistes d'amélioration visant à accroître la qualité de l'accueil et des services.

Infor-Homes ne s'inscrit aucunement dans un rôle de contrôle des institutions comme le ferait un service d'inspection, mais bien, selon ses termes, dans un rôle de "groupe de pression".

Infor-Homes participe aux conseils consultatifs de la COCOF et de la COCOM. En cas de problème grave et récurrent constaté dans un établissement, son avis pourra être déterminant pour enclencher le cas échéant une procédure de retrait d'agrément.

- Une médiation élargie

Bien qu'Infor-Homes ne fasse pas de "médiation" (un autre service a été créé à cette fin), il importe du point de vue de sa directrice de développer une telle fonction qui "permette d'impliquer les usagers dans la recherche de solutions". Cela n'aurait pas de sens cependant selon elle de restreindre une telle fonction aux seuls "droits des patients" et cela serait même néfaste au développement d'une "culture gérontologique", celle-ci devant viser, au-delà de la qualité des soins, la "qualité de vie" dans son ensemble. En outre, l'importance de l'indépendance de cette fonction à l'égard de l'institution est soulignée avec vigueur. Notre interlocutrice constate en effet que certains établissements font appel à des psychologues pour apporter une réponse aux difficultés vécues par et avec les résidents, pour intervenir comme tiers vis-à-vis des professionnels de l'institution. Si accompagner les résidents dans leur parcours de vie d'une part et soutenir les professionnels dans l'approche de leur métier d'autre part sont considérés comme pouvant être de bonnes approches, il est estimé délicat de confier à un psychologue au service de l'institution la mission de gérer plaintes et conflits entre ces parties. Pour la directrice d'Infor-Homes, il est en tout état de cause important dans l'état actuel des choses de créer des synergies entre les services de manière à "renforcer la toile autour des personnes âgées hébergées, c'est-à-dire à tisser quelque chose qui garantisse au maximum leur qualité de vie".

2.1.2.2. Le SEPAM⁶²

Le Service d'Ecoute pour Personnes Agées Maltraitées (SEPAM) reçoit des appels téléphoniques relatifs à des insatisfactions et plaintes concernant des résidents en MR-MRS. Si l'"écoute" constitue la vocation principale de ce service, elle peut donner lieu dans un second temps à une consultation en tête à tête dans les locaux de l'asbl en vue d'un conseil personnalisé dans le choix d'un établissement, d'un appui juridique, ou de l'orientation vers une "Senior Médiation".

- L'origine des appels

En 2011, parmi les 254 dossiers ouverts⁶³, 182 (72%) concernaient une situation en institution (MR, MRS et résidence-services). Les appelants s'adressent régulièrement au

⁶² Le SEPAM, service d'écoute pour personne âgées maltraitées est une asbl reconnue et subsidiée par la COCOF et la COCOM comme dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées vivant à Bruxelles, aussi bien à domicile qu'en institution. Ses activités sont orientées selon trois axes : l'écoute téléphonique, la coordination du travail des professionnels interpellés par une situation de maltraitance et la sensibilisation du public afin d'éviter la maltraitance. Il s'agit d'un service d'Infor-Homes (<http://www.inforhomes-asbl.be>).

⁶³ Il est précisé dans le rapport d'activité de 2011 d'Infor-Homes (p. 37) que l' "ouverture d'un

SEPAM afin que le service intervienne auprès de la direction de l'institution concernée ou transfèrent leur plainte au service d'inspection compétent⁶⁴. S'il s'agit pour la majorité (57%) de la famille des personnes hébergées (enfants, beaux-enfants, conjoints, petits-enfants, neveux, etc.), dans 12% des cas les appels proviennent soit de la direction elle-même, de membres du personnel, d'assistants sociaux extérieurs à l'institution ou - plus rarement - de médecins traitants (2%), et 15% des appels seulement des résidents eux-mêmes.

Dans quelques cas (3%), il est explicitement demandé au SEPAM de préserver l'anonymat de celui-ci dans les contacts avec l'institution, et ce, afin d'éviter les risques de représailles.

Il faut encore noter que ce n'est que dans un cas sur 5 que le résident est "clairement au courant de l'appel"⁶⁵. Ces appels recouvrent probablement en partie des appels susceptibles d'être adressés au SMF. Toutefois il ne s'agit pas de dispositifs similaires, bien que probablement complémentaires.

- Les motifs d'appel

En 2011, 59% des appels mettaient en cause l'organisation de l'institution, 18 % un problème avec un membre de l'équipe soignante, 2% avec un médecin traitant, les autres concernant les relations avec les proches (enfants, conjoints, amis, voisins) et les liens avec l'administrateur de biens.

Le plus fréquemment, il ne s'agit pas tant de relations entre résidents et prestataires de soins que de manque de présence auprès ou de vigilance à l'égard des résidents. Le second signalement (près d'un quart également) porte sur l'"insuffisance de soins et d'hygiène". Les "maltraitements institutionnels" dénombrés par le SEPAM (22% des appels), semblent essentiellement relever de problèmes organisationnels. En revanche, parmi les "maltraitements psychiques" (9%) et "physiques" (6%), certaines problématiques concernent certains des "droits du patient" comme un "personnel agressif ou autoritaire", et des "contentions systématiques sans avis médical".

- Les suites données aux appels

La plupart des appels au SEPAM ont donné lieu à une "écoute" assortie le cas échéant d'explications, d'avis, de conseils au sujet de ce qu'il y a lieu de faire face à la situation rencontrée⁶⁶. Quand la situation est jugée délicate et que la personne ne peut se mobiliser seule, l'association entreprend elle-même un certain nombre de démarches - avec l'accord de la (des) personne(s) concernée(s) -, comme une recherche d'information pour l'appelant ou plus : contacter les directions, les services d'inspection, un intervenant médico-social, proposer une "senior médiation". Selon le rapport analysé, il n'a jamais été question du Service de médiation fédéral "droits du patient". Le SEPAM ne considère pas que son travail soit de la "médiation", mais plutôt de la "concertation". Il estime exercer une *fonction de vigilance* à l'égard du secteur MR-MRS.

dossier n'implique pas que la plainte pour maltraitance soit avérée, mais qu'elle a été accueillie par un membre de l'équipe et qu'un travail a été mené à ce sujet".

⁶⁴ Infor-Homes Bruxelles, *Rapport d'activités 2011*, p. 40.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 52.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 62.

2.1.2.3. Senior Médiation⁶⁷

La plupart des usagers qui s'adressent à ce service y arrivent par l'intermédiaire du SEPAM, lorsque celui-ci a déjà décortiqué la "plainte" et qu'une médiation est envisagée pour trouver une issue à un conflit intra-familial ou intra-institutionnel.

Selon la médiatrice, peu de gens souhaitent entreprendre un tel processus. Elle considère que le service et ce type de procédure sont encore assez mal connus; que "ça n'est pas encore entré dans les mœurs". S'il serait tout à fait envisageable de réaliser des médiations entre une personne âgée et un prestataire de soins selon elle, ce type de situation ne s'est pas encore présenté. Par contre, des médiations entre un résident et/ou ses proches et une direction se sont déjà déroulées et entrent parfaitement dans la mission de Senior Médiation.

Avant d'entreprendre une *Senior Médiation*, un accord écrit est demandé au plaignant. Sur cette base, la médiatrice prend contact avec l'institution et propose une rencontre entre les parties.

Il arrive qu'une direction fasse appel de sa propre initiative à ce service pour demander une médiation avec une famille qui se "plaint" et avec qui les relations se détériorent. Si les problèmes soulevés portent parfois sur les prestations de soins (par exemple dans la distribution de médicaments), ils ont trait surtout à la convention d'hébergement comme dans le cas de signification de préavis au résident.

Les demandes de médiation entre résident et institution restent rares, et l'association souligne l'importance d'une "meilleure visibilité", ainsi que d'optimiser les articulations avec d'autres structures comme par exemple le SMF "droits du patient" (2011, page 73). Demeure cependant la difficulté que représente un partage a priori entre les plaintes relevant des droits du patient et les autres, tant leur expression est parfois confuse ; tant le malaise porte sur un contexte général fait de "manquements", et non sur des soignants en particulier.

Soulignons que le terme "médiation" est utilisé pour définir différents types de pratiques dont les philosophies et les méthodologies sont parfois très éloignées les unes des autres.

⁶⁷ « Senior Médiation » est une structure créée en 2005 à l'initiative d'Infor-Homes. Elle peut intervenir sur demande en cas de conflit entre une personne âgée et son entourage, qu'elle vive à domicile ou dans une structure d'accueil. Le médiateur, soumis au secret professionnel propose un processus de médiation de une à dix séances visant à trouver un accord durable et acceptable par chacune des parties (<http://www.inforhomes-asbl.be>).

2.2. AU NIVEAU INTERNE

2.2.1. Les directions d'établissements

Conformément aux réglementations du secteur en régions wallonne et bruxelloise, les directions représentent le principal canal d'expression des "suggestions, remarques ou plaintes" au niveau interne dans les MR et MRS.

Les directeurs sont tenus d'être disponibles plusieurs heures par semaine à cette fin, notamment à des heures tardives afin de permettre aux membres des familles de venir les rencontrer plus aisément.

- Des engagements variables

Les témoignages recueillis mettent en évidence des pratiques fort variables selon les institutions MR et MRS en matière de gestion de plaintes - ainsi que de mise en œuvre d'une politique qualité. L'implication des directions et leur volonté à cet égard fait d'ailleurs l'objet d'appréciations diverses. S'engager activement dans ce type de démarche semble dépendre de l'intérêt qu'elles y portent et des moyens qu'elles peuvent y consacrer.

- Des résidents (et leurs proches) peu sensibilisés à leurs droits ?

Selon les interlocuteurs rencontrés dans les MR et MRS, les résidents et leurs proches sont très peu sensibilisés à leurs droits spécifiques en tant que "patients", voire ne savent pas qu'ils en ont. La tendance générale est qu'ils ne se montreraient pas a priori préoccupés par ces questions, ou alors de façon très secondaire. Selon certains, ils seraient par contre "plus soucieux de leur droit d'obtenir les services pour lesquels ils paient". L'entrée en institution signifierait-elle pour beaucoup un abandon de leurs droits, un renoncement à leur citoyenneté, justifiée par l'impératif de "trouver une place" ?

- De la "plainte" à la "plainte"

Lorsqu'on parle de "plainte" auprès des directions, il s'agit de faire la part entre celles qui sont exprimées oralement, de façon informelle et spontanée dans les couloirs, dans les bureaux, et celles qui prendraient un style plus officiel, sous forme d'écrit. Si les premières sont régulières et de tous ordres, de la simple remarque appelant explication à la protestation appelant modifications, les plaintes plus formelles, dénonçant des faits ou mettant en cause des personnes, sont plus rares.

Si la plainte en tant qu'énoncé fait partie du quotidien des directions, la plainte en tant que procédure reste par contre problématique dans ce type d'institution résidentielle. La dépendance, la vulnérabilité, une certaine soumission ou résignation, les peurs mais aussi les craintes de causer du tort aux soignants peuvent sans doute expliquer pour partie cette attitude. Aussi, frappantes sont les analyses de certains professionnels au sujet de la relation résident-soignant dont l'asymétrie ne favoriserait pas l'ouverture à la réception de la plainte, qui aurait tendance à être interprétée comme une mise en cause menaçante de leurs compétences. Certaines directions soulignent les difficultés que représentent plus que toutes autres les rapports de force particulièrement complexes

entre les résidents/soignés et les professionnels/soignants dans ce microcosme institutionnel où l'interdépendance entre ceux qui y vivent et sont "chez eux", et ceux qui y travaillent est caractéristique.

- Objets des plaintes

Les plaintes adressées aux directions portent sur différents registres allant des soins au financier, à l'organisation, au système de buanderie qui ne fonctionne pas, aux repas considérés inadéquats... Elles couvrent l'ensemble des horizons de fonctionnement de ce type d'institution, bien que la tendance la plus marquée soit de signifier des insatisfactions quant aux repas, au linge, à la gestion des médicaments et à l'attitude peu prévenante de certains membres du personnel soignant. Dans ce milieu de vie, il est largement admis que les problèmes relevant de l'organisation des services peuvent être tout aussi importants, si pas plus, que des problèmes relevant des relations entre résidents et prestataires de soin.

- La réception des plaintes

Les directions "reçoivent" oralement un ensemble de remarques signalant des dysfonctionnements. Elles font dès cet instant la part entre ce qui, de leur point de vue, relève de "petits soucis (rapidement résolus)" et de "véritables plaintes". Elles constatent d'ailleurs que la seule expression d'un grief permet parfois de reconforter le résident qui n'en demande pas davantage. Le mode de traitement dépendra dès lors de leur propre évaluation des mesures à prendre.

Il est courant aussi que certaines plaintes soient adressées à d'autres membres de l'établissement, comme aux assistants sociaux (quand il y en a) ou aux infirmiers, davantage en relation avec les résidents et leurs proches que les directions. Celles-ci ne sont donc pas forcément mises au courant des problèmes soulevés si elles ne sont pas interpellées en personne.

Pour les plaintes concernant les soins (consentement, qualité...), a priori, dans les MRS qui disposent d'une direction de nursing, c'est à elle que ce type de questions seront adressées ou renvoyées puisque c'est elle qui fait le lien au quotidien avec les médecins traitants, avec la pharmacie, et qui gère les médicaments.

Certaines directions auront tendance à souhaiter rendre les plaintes plus formelles en les faisant acter par écrit. Cela leur donnerait plus de poids face au gestionnaire.

Le terme officiel de "plainte" est par ailleurs jugé problématique par certaines directions. Il appelle en effet un certain formalisme dans les procédures qui n'est souvent pas jugé pertinent au regard de la réponse à apporter, ni même souhaité par les "plaignants" eux mêmes, qui auraient alors parfois l'impression d'être incités à pratiquer nommément une dénonciation.

Cette crainte de l'écrit, n'est pas sans poser problème dans certains cas aux directions lorsqu'elles souhaitent mener leurs investigations à l'égard des comportements incriminés. L'officialisation de la plainte leur permettrait parfois d'aller plus loin dans la vérification des fondements des faits reprochés.

- Le traitement des plaintes

Le traitement des plaintes par les directions est le plus souvent très peu formalisé et ne suit pas de procédure type. Il s'agit d'un traitement au cas par cas dans lequel, selon les problématiques rencontrées seront impliqués les professionnels jugés les plus à même d'éclairer les faits incriminés (en matière de soins, il s'agira prioritairement du responsable infirmier).

Comme l'a résumé un interlocuteur au sujet de son institution, "la direction essaie de comprendre, de mettre les gens en contact, de s'expliquer, de voir ce qui s'est passé, ce qu'on peut faire, ce qu'on peut améliorer...".

Certaines directions ont tenté de formaliser davantage les procédures mais ont été amenées à renoncer en raison de la lourdeur que cela représentait.

Si la plupart des plaintes sont abordées par le dialogue, cela semble répondre à un souci de pacification dans un contexte où les tensions sont susceptibles de s'exacerber face au manque de maîtrise des modes de fonctionnement institutionnels par les résidents et leurs proches, en particulier lorsqu'ils ne sont pas encore familiarisés avec le mode de vie en résidence.

Beaucoup de plaintes ne sont donc pas considérées comme des protestations ou des accusations appelant réparation, mais plutôt comme des doléances manifestant un mal-être pouvant être apaisé en accordant attention et considération aux problèmes soulevés, ne fut-ce que par une contextualisation des éléments mis en cause.

Par contre, lorsqu'un dysfonctionnement s'avère fondé, les directions prendront selon les situations différents types de dispositions. Recadrage, discussion ou mise au point avec un soignant, évocation du problème en réunion d'équipe, réorganisation du travail, sanction... Amener le plaignant à rencontrer le soignant mis en cause est parfois proposé mais ne semble pas aisé dans le contexte des MR-MRS. Dès lors, une forme d'intermédiation peut être jugée préférable.

D'autres directions estiment que la médiation ne ressort pas de leur fonction, la temporalité propre à ce type de pratique étant trop éloignée des exigences de rétablir rapidement des pratiques acceptables.

Pour plusieurs témoins rencontrés un peu plus "extérieurs" que les directions elles-mêmes, et bien qu'il existe des exceptions, leur manque de neutralité est perçu comme une limite importante au dispositif de plaintes en tant que mode d'expression des insatisfactions des résidents. Selon eux, les directions auront généralement tendance à défendre leur propre équipe soignante, leur institution et éviter que les plaintes ne sortent de l'institution afin de ne pas nuire à la réputation de l'établissement.

- Le suivi des plaintes

Le suivi des plaintes auprès des résidents ne s'effectue pas de façon systématique. Dans la pratique, ils ne sont pas nécessairement informés des démarches qui auront été menées ou des mesures qui auront été prises pour remédier aux situations incriminées. Cela ne semble pas tant relever de la moindre stratégie que de la difficulté pour les directions de répondre à l'ensemble des tâches qui sont les leurs, dont le compte-rendu de la réponse à la plainte aux résidents peut apparaître secondaire par rapport aux

démarches effectivement entreprises pour comprendre et remédier aux problèmes présentés.

- Attitudes à l'égard d'une fonction de médiation en interne

Globalement les directions ne semblent pas percevoir l'utilité d'une fonction de médiation relative aux droits du patient au sein même de leur établissement. Par contre, plusieurs ont signalé leur souhait de pouvoir s'adjoindre les services d'un psychologue lorsqu'ils sont confrontés ou témoins de situations conflictuelles impliquant des résidents et leurs proches.

Bien que l'existence du SMF ne soit pas connue, certains propos laissent entrevoir le besoin de "tiers" qui n'est pas rencontré dans le cadre actuel mais qui s'avèrerait bienvenu. Besoin de recul par rapport à la mise en œuvre de certains processus de soin, besoin de triangulation par rapport aux soignés, leurs proches et les équipes soignantes, besoin de faire respecter le choix du patient autour d'un plan de traitement, notamment avec les personnes désorientées...

Enfin, d'autres interlocuteurs, plus sceptiques, craignent que le développement d'une fonction de médiation ne serve pas à grand-chose s'il n'y a pas derrière une volonté forte de faire changer les pratiques et les mentalités.

- Réserves à l'égard d'une fonction de médiation relative aux droits du patient

La première des réserves énoncées à l'égard de l'instauration d'une telle fonction au sein même des lieux de résidence est d'ordre économique. Personne ne voit comment elle pourrait être financée à partir du cadre actuel de financement des MR-MRS.

Par ailleurs, les directions jouant déjà un rôle important dans la gestion des plaintes, elles n'estiment pas avoir besoin d'une personne supplémentaire pour répondre à cet aspect de la vie institutionnelle. Elles font remarquer que, comparativement aux hôpitaux, non seulement les institutions sont de bien moindre taille, mais surtout les "problématiques soins" ne sont pas les plus importantes.

Elles craignent l'inefficacité de personnes désignées "médiateurs" qui seraient trop extérieures aux établissements. Il importe selon elles, pour pouvoir interpréter la plainte, pour pouvoir agir et changer les pratiques, non seulement de connaître les institutions de l'intérieur, mais aussi l'histoire des familles et leur réalités quotidiennes. De plus, elles estiment que la fonction de médiation n'aurait que peu d'impact si elle n'était pas combinée avec la démarche qualité. Pour parvenir à impulser des changements, il est avant tout nécessaire selon elles d'opérationnaliser les outils existants. De leur point de vue, le risque serait de n'agir que de façon superficielle, sans parvenir à atteindre les éléments structurels qui sont véritablement problématiques.

En conclusion, les directions semblent d'avis qu'il est impératif d'agir davantage en amont afin d'éviter les plaintes. Elles soulignent l'importance de la proximité, du dialogue, de la transparence "qui va empêcher que des petits événements deviennent des plaintes".

Elles constatent que la plupart des plaintes appellent essentiellement des modifications structurelles (organisation de services), et de "culture soignante". Cela demande aussi de former le personnel et de l'impliquer dans les réflexions et le changement. La

formation est jugée nécessaire pour apprendre à acquérir "la bonne distance" et ne pas se sentir mis en cause personnellement en cas de plainte, ce qui suscite habituellement ces réactions de type représailles, ripostes, etc. Formation pour rester vigilant, attentif, bienveillant et ne pas entrer dans la banalisation ou autres négligences.

2.2.2. Le registre

Le registre, dispositif obligatoire destiné à consigner toutes les "suggestions, remarques ou plaintes" et, en principe, disponible dans chaque établissement apparaît, selon nos informateurs, globalement très peu utilisé et fonctionnel. Vérifié systématiquement lors des inspections, certains inspecteurs eux-mêmes estiment qu'il s'agirait d'un "concept à revoir". Ils constatent en effet que cet instrument - en raison de son caractère public⁶⁸ - n'est pas très adapté pour inscrire des remarques et critiques, à fortiori lorsqu'elles doivent concerner directement des personnes, que ce soit la direction, un membre du personnel ou un autre résident. Il semble que les résidents ne soient pas très à l'aise pour s'exprimer par ce moyen.

Cet instrument est par ailleurs considéré obsolète dans certaines institutions où règne, selon les directions, une atmosphère de communication. Certains directeurs déclarent dès lors que "si le registre reste vide, c'est que leur porte est toujours ouverte".

Un membre de la LUSS témoigne de ce que le registre reste parfois "oublié", donc sans effet, durant de longues semaines. Un médecin coordinateur (RW) indique que la mise à disposition d'un registre n'a pas l'air connue des résidents. Un autre médecin coordinateur dénonce les aspects pervers de cet outil jugé inapproprié qui ne respecte pas la confidentialité.

2.2.3. Le conseil de participation (CP ou CR)

Le conseil de résidents (appelé aussi conseil de participation ou conseil participatif selon les régions et communautés) est conçu comme le lieu de discussion de l'organisation de l'établissement et de la vie quotidienne. Il s'agit de ce fait d'un espace d'expression d'un certain nombre de récriminations et plaintes ayant trait à la gestion journalière (nettoyage, menus), au personnel soignant et tout autre aspect lié à la vie collective.

- Organisation

Si un tel conseil est obligatoire dans chaque MR-MRS, les administrations - à travers les inspections qui sont menées - constatent cependant que son organisation effective reste très variable selon les institutions et dépend grandement de la volonté et du dynamisme des directions; certaines, selon nos interlocuteurs, "n'ayant pas très envie d'interroger leur mode de fonctionnement".

⁶⁸ C'est le cas lorsque le registre est disposé au vu de tous. A la COCOF, cette question semble avoir été résolue par le biais de la "boîte à remarques et suggestions", dont le contenu est ensuite inséré dans le registre par le gestionnaire de l'institution.

- Participation

Bien que l'existence de ces conseils est jugée importante par l'administration pour permettre de prendre connaissance et de gérer un certain nombre de malaises ou problèmes ayant trait aux institutions, ces dispositifs rencontrent leurs limites pour ce qui concerne la participation des personnes atteintes de déficiences cognitives, ainsi que celles qui sont les plus isolées. La justification régulièrement avancée à l'inspection quand un CP n'est pas organisé dans l'établissement porte sur "l'incapacité" des résidents atteints de démence. Un médecin coordinateur (RW) impliqué dans l'organisation des CR témoigne de ce que ceux-ci se déroulent en l'absence de ces résidents, représentés par leur famille.

- Fonctionnement

Le fonctionnement du CP est variable selon les établissements. Si certains parviennent à instaurer une dynamique constructive, d'autres semblent s'enliser dans des spirales de revendications et de défenses asphyxiantes.

Un ancien directeur de MR déplore par ailleurs que le CR soit trop souvent détourné de sa fonction participative première pour devenir un instrument d'information par et pour les directions, sans que les avis émis ne soient en aucune manière contraignants. Il doute de sa capacité à faire changer les pratiques, d'autant plus dans le contexte budgétaire actuel ne laissant pour ainsi dire pas de marge de manœuvre.

Lorsqu'ils fonctionnent (bien), les CP constituent de véritables espaces d'information, de rencontre et d'échange. L'annonce de leur tenue et de l'ordre du jour est faite par voie d'affichage. Tous ceux qui le souhaitent peuvent y participer. L'animation est cependant le plus souvent organisée par la direction ou des membres du personnel : assistante sociale, ergothérapeute...

Lorsque des plaintes sont exprimées en CP, elles concernent parfois des questions personnelles, ce qui n'est en principe pas considéré comme le plus approprié.

Pour certaines directions interrogées, le CP est aussi l'occasion pour elles de corriger un certain nombre d'informations "erronées" ou de "bruits de couloirs".

En conséquence, si le CP est conçu avant tout comme un dispositif de participation des résidents, il apparaît que, selon les institutions, son orientation est davantage portée vers l'expression de plaintes, l'écoute et l'information des résidents, ou même vers la réflexion concertée au sujet des pistes d'amélioration des services et des soins.

Certains répondants soulignent l'importance de créer/susciter les conditions de l'expression de la parole des résidents. Si l'esprit d'ouverture à l'expression de "ce qui ne va pas" est considéré comme le point de départ de ce processus: "on vous donne la parole - vous pouvez vous exprimer", ailleurs il est considéré que le soutien à cette expression gagnerait à passer par les résidents eux-mêmes, par le biais de l'instauration d'un relai parmi eux. A cet égard, l'idée d'instituer des représentants ou référents de résidents commence à faire son chemin.

Enfin, afin d'investir davantage ces espaces collectifs d'expression que sont les CP, plusieurs professionnels interrogés ont émis le souhait qu'ils puissent aussi devenir des

lieux de sensibilisation et de discussion autour de thèmes sociaux, liés au vieillissement, à la souffrance, à la fin de vie, aux droits... du patient notamment!

Seconde Partie - Approche comparative

Introduction

Cette partie du rapport vise à dégager les logiques qui sous-tendent l'action publique dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées de quatre pays distincts. Elle vise en particulier à identifier dans ces diverses déclinaisons des éléments susceptibles de contribuer à la formulation de pistes prospectives (expériences positives et innovations institutionnelles). Néanmoins, les limites de la présente étude restreignent la comparaison aux grandes lignes des politiques publiques menées dans le secteur ces dernières années. A partir de l'étude de documents officiels le plus souvent, l'attention portera sur les modalités de la mise en œuvre de la loi sur les droits du patient et sur la fonction de médiation qui peuvent être repérées dans la législation et l'organisation pratique du secteur.

1. La France : vers une culture de la « bientraitance »

1.1. Pourquoi la France

Depuis 2002, les outils juridiques et institutionnels régissant le domaine de la santé et de l'hébergement médico-social y ont connu une profonde refonte. Celle-ci est marquée par un travail à deux têtes. D'une part, une politique de santé visant à garantir les droits des patients ; d'autre part, une politique de l'action sociale visant à inciter les établissements d'hébergements pour personnes vulnérables à une prise en charge de qualité. Le respect des droits des patients âgés résidant en établissement se trouve donc pris entre plusieurs formes d'actions publiques, l'une davantage axée sur le patient, l'autre sur le résident. Par ailleurs, ce vaste pays de forte tradition centralisée se voit contraint de coordonner une pluralité de niveaux de pouvoir aux échelons départemental, régional et local. Il était dès lors intéressant d'observer la façon dont s'y articulent politiques de santé et politiques d'hébergement des personnes vulnérables, et la place qu'y occupe la fonction de médiation relative aux droits du patient.

1.2. Sources documentaires

Divers sites officiels ont été consultés (Ministères de la santé, de l'action sociale, site de l'ANESM). Nous avons en particulier considéré :

- le rapport « Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », rapport de 310 pages remis par Alain-Michel Ceretti et Laure Albertini au Ministre le 14 février 2011 (voir <http://www.sante.gouv.fr/remise-des-rapports-2011-annee-des-patients-et-de-leurs-droits.html>).

- le rapport « Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé » remis par Michelle Bressand, Michel Schmitt et Martine Chriqui-Reinecke en janvier 2011.
- les actes des assises de la bientraitance de la Creuse (Actes_Assises_Bientraitance_Creuse_2010.pdf).
- le Rapport 2011 de la Conférence Nationale de Santé sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité de l'accès aux soins de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

1.3. Les politiques publiques menées dans le secteur de la santé des personnes âgées depuis 2002

Les politiques publiques relatives aux droits des patients âgés relèvent de deux autorités. Le Ministère de l'Action Sociale est compétent pour le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le Ministère de la santé a conduit la mise en place de la loi sur les droits des patients. Depuis l'élection de F. Hollande en mai 2012, ces deux autorités sont réunies dans le seul Ministère de l'action sociale et de la santé.

1.3.1. Les droits des résidents depuis la Loi 2002.2 du 2/01/2002

En 2004 ce sont près de 32.000 structures, soit plus d'un million de places et plus de 400.000 salariés qui sont concernés par cette loi qui vise à « passer de la protection de la personne fragile à la reconnaissance d'un usager citoyen ».

Y sont notamment édictés les **7 droits fondamentaux des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux** (article L311-3 du CASF) :

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité.
- Libre choix entre les prestations domicile / établissement.
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant le consentement éclairé.
- Confidentialité des données concernant l'usager.
- Accès à l'information.
- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours.
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Dans le même temps, la loi prévoit la mise en place de **7 outils pour l'exercice de ces droits** :

- Le livret d'accueil.
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge.
- La personne qualifiée.
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service.
- Le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers.
- Le projet d'établissement ou de service.

Pour accompagner ces mesures, le Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale est créé en 2005 et placé sous la tutelle du Ministre chargé de l'action sociale. Il doit mettre en œuvre l'obligation d'une évaluation interne et externe des établissements avec comme objectif principal le renforcement des bonnes pratiques et le développement d'une culture de l'évaluation dans le secteur. Il produira deux rapports (2005 et 2006) avant d'être transformé en **Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (l'Anesm)**. Depuis 2007, l'une de ses missions est de procéder à l'évaluation de la qualité des établissements. Tous les 5 ans, les Ehpad doivent produire un rapport aux conseils généraux et/ou à l'État. Tous les 7 ans, il est procédé à une évaluation externe des établissements par des organismes habilités par l'Agence. La décision de renouvellement de l'autorisation de l'établissement ou du service est liée à ces évaluations. L'Anesm produit également des documents et des outils visant à promouvoir une « culture de la bientraitance » dans les établissements du secteur social et médico-social dont relèvent les Ehpad.

Qu'en est-il, dans le contexte de ces outils nationaux, des droits des résidents, d'une part, et de la médiation, d'autre part ? Si ces droits sont bel et bien énoncés et rappelés dans les divers documents et projets d'accueil des personnes et de leurs familles, ils ne sont pas assortis de dispositifs de conciliation ou de médiation en tant que tels. Ainsi, dans la littérature qui explicite les bonnes pratiques à mettre en œuvre dans les Ehpad, la notion de « médiation » n'est évoquée qu'exceptionnellement (en cas de passage à l'acte violent de la part du personnel dans le document d'auto-évaluation proposé aux établissements, p. 29). Il n'est pas fait mention de la notion de « plainte », ni de celle de « médiateur ». De même, dans le rapport issu des « Assises de la bientraitance » du département de la Creuse, document de plus de 70 pages, le mot « plainte » apparaît 2 fois et il n'est question ni de médiation ni de médiateur. En revanche, le recours à une **personne qualifiée** pour accompagner la personne âgée est prévu dans chaque institution : « Toute personne prise en charge par un établissement (ou sa famille ou son représentant légal) peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits en cas de litige, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le Préfet de Département et le Président du Conseil Général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées écret en Conseil d'État. Dès la fin de son intervention, la personne qualifiée informe le demandeur d'aide ou son représentant légal des suites données à sa demande. Les coordonnées des personnes qualifiées sont à demander au sein de chaque institution. » (Décret du 14/11/2003)

1.3.2. Les droits du patient depuis la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette loi a profondément changé les pratiques des professionnels et les relations avec les usagers. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) puis la Haute Autorité de Santé (HAS) ont contribué à la mise en œuvre de ces « droits des malades », notamment au travers de la certification des établissements de santé.

La loi prévoit que soit instaurée au sein des établissements de santé une **Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)**. « Les CRUQPC ont remplacé les commissions de conciliation qui avaient été créées en 1996

mais qui n'avaient rencontré la satisfaction ni du public, ni des associations. Ces dernières dénonçaient leur fonctionnement et leur partialité au motif qu'elles étaient insuffisamment indépendantes du pouvoir hospitalier et donc non déconnectées de la gouvernance hospitalière. Les anciens conciliateurs sont ainsi remplacés par deux types de médiateurs : **un médiateur médical et un médiateur non médical**. Elles associent pour la première fois les associations des usagers et institutionnalisent la participation des usagers à la gestion des plaintes et des réclamations. » (Rapport février 2011, p. 88)

La gestion des plaintes est ici clairement considérée comme un outil d'aide à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de l'évaluation de la satisfaction des usagers. Dans le manuel d'évaluation de juin 2009 (V2010), il est précisé : « La mise en œuvre d'un système de gestion des réclamations et plaintes contribue à la prise en compte de l'expérience des patients et de leur entourage et concourt à l'amélioration de la qualité du fonctionnement d'un établissement. Conformément à la réglementation (articles R. 1112-91 à R. 1112-94 du Code de la santé publique), le système de gestion des plaintes permet : le recueil de l'expression des usagers ; une réponse pertinente et individualisée à chaque plainte et réclamation. Les dispositions relatives à la médiation et au rôle de la CRU prennent un caractère particulièrement important dans ce cadre. L'analyse des plaintes et réclamations constitue un outil d'aide à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et de prévention de la maltraitance (10.a) et suppose: une exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations réalisée dans le cadre de la CRU afin d'identifier, de hiérarchiser et de traiter les dysfonctionnements; son intégration à la démarche d'ensemble d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (8.a,8.f). » (p.40)

En ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées, ces dispositions ne sont d'application que lorsque l'Ehpad est une unité intégrée à un hôpital. Dans ces contextes, les résidents et leurs familles peuvent saisir la CRUQPC par courrier. Une réponse avec proposition de rendez-vous avec un médiateur leur sera ensuite adressée sous huit jours. Ils peuvent également adresser un courrier « à Monsieur le Directeur » (Hôpital de Joinville, février 2011).

1.3.3. Vers une convergence des politiques publiques ?

Le traitement des plaintes et la médiation sont des outils introduits par le législateur dans le domaine de la santé, et non pas dans celui de l'action sociale. De ce côté, des réflexions sont proposées par différentes instances pour améliorer la fonction de médiation et l'étendre au secteur de l'action sociale.

Ainsi, dans son dernier rapport, la **Conférence Nationale de santé** insiste sur la nécessité de travailler à une approche convergente, globale, des droits des usagers du système de santé. La fonction de médiation figure dès le second point des recommandations visant à « harmoniser et sécuriser la médiation en santé dans les différents secteurs (« domicile », sanitaire et médico-social). » Pour ce faire, il est recommandé de « **désigner au sein des Agences régionales de santé (A.R.S.) une personne clairement identifiée en charge de la thématique des droits des usagers** » (rapport 2011).

Dans le rapport intitulé « Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » plusieurs points visent à améliorer **la neutralité des médiateurs en santé**. Ainsi, dans ses recommandations 90 et 91 (page 272) il est proposé de : « Sanctuariser la médiation en rendant la communication des éléments fournis, lors de la rencontre entre les

professionnels de santé et les familles à l'occasion d'une médiation, suite à un événement grave lié aux soins, non exploitables devant une juridiction. Ce mode de fonctionnement de la médiation rejoindrait alors celui de la conciliation et médiation judiciaire, qui prévoit avec l'article 832-9 du Code de procédure civile que « Les constatations du conciliateur et les déclarations qu'il recueille ne peuvent être ni produites ni invoquées dans la suite de la procédure sans l'accord des parties, ni, en tout état de cause, dans une autre instance. » Il est également proposé d'« Intégrer les médiateurs médecins dans le pôle santé et sécurité des soins (P3S) du Médiateur de la République afin de constituer des délégations territoriales indépendantes et impartiales. »

Les politiques publiques de santé à destination du groupe cible des personnes âgées se manifestent encore par la mise au point et la diffusion d'outils de formation et d'évaluation élaborés de façon centralisée, et proposés à l'usage des acteurs du secteur par l'intermédiaire des autorités régionales : **les outils « MobiQual »**. C'est la Direction générale de la Santé qui a initié et confié à la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), en lien avec l'ensemble des sociétés savantes concernées, la création puis la diffusion d'outils de sensibilisation et de formation sur quatre thématiques : la douleur, les soins palliatifs, la « bientraitance » et la dépression. Ainsi, le « kit Douleur », le « classeur Soins palliatifs », la « mallette Dépression » et la « trousse de Bientraitance » sont diffusés depuis 2007 auprès des directeurs et professionnels d'institutions gériatriques et gérontologiques, et des structures de soins intervenant en établissement ou à domicile dans le domaine des soins palliatifs, de la douleur et de la dépression.

Par ailleurs, du côté de l'action sociale, une mission ministérielle était initiée en 2010 afin de « **Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé** », et donna lieu à un imposant rapport (janvier 2011). A nouveau, sur 286 pages, le mot « plainte » apparaît une seule fois, et le mot médiation est absent. Ce rapport indique qu'**un lien est progressivement occupé à se faire jour entre les politiques de l'hébergement médico-social destinées aux « résidents » et les politiques publiques de la santé destinées aux « patients »**. Les droits des patients sont présents dans les référents santé, mais la notion de « bientraitance » domine largement le champ sémantique des productions officielles.

1.4. Autres acteurs et dispositifs liés au secteur

Les relations du corps médical et sa coordination en Ehpad

Concernant le suivi médical des résidents en Ehpad et les relations entre les soignants impliqués, les associations professionnelles ont déposé une série de propositions aux autorités ministérielles en novembre 2009. Parmi celles-ci, des mesures visent à établir une **convention de bonnes pratiques** entre le **médecin coordonnateur** et les médecins traitants, ainsi que l'usage d'un outil appelé « **Projet personnalisé de vie du résident** » qui permettrait de conserver la trace de ses choix en matière d'orientation de santé, mais aussi le suivi des interventions et prescriptions des différents acteurs de santé dans son parcours.

Le recueil de plaintes par la téléphonie sociale

L'Association Française pour la Bientraitance des Aînés et Handicapés (AFBAH) a mis en place des **plateformes téléphoniques régionales** dès 2004 et une ligne nationale depuis 2008 (les numéros d'appels départementaux ont cependant été maintenus). La plateforme nationale, située à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif, travaille en **partenariat avec les Conseils généraux, les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales ou des associations**. « La plateforme réalise la première écoute tandis que les partenaires assurent la prise en charge de terrain, si la personne souhaite un transfert de son dossier et une prise en charge sociale. Pour autant, la plateforme ne se limite pas à une prise d'informations administratives, puisqu'elle offre un temps d'écoute précieux, d'une durée moyenne de trente minutes. Les appels reçus concernent d'abord la maltraitance psychologique, puis la maltraitance financière et, enfin, la maltraitance physique. »(Assises Creuse)

1.5. Synthèse : les grandes lignes du cas français

La situation française est caractérisée par une double entrée dans la question des droits du patient âgé. D'une part, le ministère de la santé et l'ensemble des institutions publiques associées aux services de santé se réfèrent à une approche en termes de « conciliation », voire d'indemnisation face à des plaintes relatives aux « droits des malades et des usagers de santé ». D'autre part, le ministère de l'action sociale et l'Anesm œuvrent à une démarche d'incitation à un « management de la qualité » pour les établissements d'hébergement, qui s'articule à une importante production de documents et d'outils de formation et d'évaluation à destination des directions, des personnels, et des nouveaux métiers associés. Cette nébuleuse se cristallise autour de la notion de « culture de la bientraitance ». Elle s'attache à solliciter des bonnes pratiques aux niveaux : des professionnels pris individuellement, en les incitant à l'autocritique notamment lors d'évaluations annuelles ; des directions d'établissements en les engageant à mettre en place des procédures de réflexivité et d'évaluation internes. Elle assortit cette politique de la conjonction d'incitants (diffusions d'outils et formations) et de contrôles (certifications, inspections).

2. Le Québec

2.1. Pourquoi le Québec

Le Québec est une province de l'État fédéral du Canada qui a développé assez tôt des dispositifs de médiation et de gestion de plaintes dans le domaine de la santé. Pour en dresser un portrait concis, la caractéristique principale se situe autour du nombre important d'institutions et d'acteurs agissant à l'intérieur des dispositifs accueillant les aînés (comités de résidents, Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, etc.) mais aussi à l'extérieur (associations de patients, organisation d'aînés, Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, Agence de la santé et des services sociaux, Protecteur du citoyen, etc.). Le Québec offre à notre recherche comparative un cas avancé d'institutionnalisation du droit des patients et de standardisation poussée des procédures et des règlements. Cela contraste fortement avec le cas belge marqué par une plus grande hétérogénéité dans les modes de traitement, de réception et de suivi des plaintes. Le Québec, avec huit millions d'habitants, possède une démographie proche de la Belgique (dix millions d'habitants). Toutefois, des différences notables sont à épinglez : le territoire est plus étendu et le système politico-administratif du Québec dispose d'une autonomie et d'un pouvoir législatif exclusif dans le domaine de la santé. Le système de santé est qualifié de public. La Loi sur les services de santé et les services sociaux régit le secteur de la santé et définit les façons d'organiser le système de plaintes, qui a ensuite été réformé et ajusté sur plusieurs points organisationnels et institutionnels.

2.2. Sources documentaires et informateurs

Des enquêtes ethnographiques dans le milieu hospitalier ont été menées par F. Cantelli lors de séjours à Montréal et participent d'une certaine familiarité avec le contexte québécois. Toutefois, concernant la question spécifique des modes de gestion des plaintes des personnes âgées, le présent chapitre se base principalement d'une part sur une littérature composée des normes de droits régissant le secteur au Québec, des rapports publics annuels émanant du Protecteur du citoyen, des communiqués de presses du Centre pour la Protection des malades (CPM) et du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), des évaluations et analyses effectuées par des experts et institutions de santé, des témoignages de commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services. D'autre part, ce chapitre prend appui sur la lecture de travaux de sciences sociales et de droit, sur le contact continu avec plusieurs collègues de l'Université Laval (prof. E. Gagnon, anthropologue) et de l'Université de Sherbrooke (prof. C. Régis, juriste) travaillant ou ayant travaillé sur la question de la médiation en relation avec les personnes âgées.

2.3. Situation globale

En plus de démarches d'inspection et d'évaluation au moyen de « visites d'appréciation de la qualité », un souci politique de coordination des compétences et responsabilités des institutions et acteurs semble définir les politiques menées au Québec. Parmi d'autres indices, c'est en 2005 que le Ministre de la Santé et des Services sociaux a développé « Un défi de solidarité », intitulé du Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie. Renouvelé tous les deux ans, un processus de certification sanitaire obligatoire des résidences pour personnes âgées a été formalisé et mis sur pied. Après remise d'un rapport par l'organisme certificateur, l'Agence de la Santé prend une décision concernant l'émission du certificat.

Sans idéaliser la situation ni présumer des réalités de terrain certainement plus contrastées, on prend note que la question des aînés au Québec déborde du seul enjeu de traitement des plaintes et semble intégrer une gamme plus large et transversale de dispositifs et dispositions politiques : un Ministre des aînés et de la Famille, un Conseil des Aînés, un Observatoire, une Table ronde, etc. Suivant la même logique, une attention particulière est portée aux comportements de maltraitance et d'abus et plusieurs actions ont été lancés : Ligne Aide Abus Aîné, Maltraitance Aînés, matériel d'information, charte de la bientraitance envers les personnes âgées, etc. Pour les personnes âgées, une place importante est accordée aux Centres d'Hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui dépendent d'un et de plusieurs Centres de Santé et de services sociaux (CSSS) – seules les personnes nécessitant trois heures de soins et plus par jour y sont admissibles. Toutefois, il existe aussi une série de résidences privées au sein desquels le droit des patients et la gestion des plaintes s'opère à partir d'autres critères. La répartition des personnes âgées au Québec (2009) est la suivante : résidences privées pour personnes âgées (8, 4%), CHSLD publics et privés conventionnés (3%), CHSLD non conventionnés (0, 3%), domicile conventionnel (87, 9%).

2.4. Cas

Nous avons décrit jusqu'ici les principales logiques organisationnelles et institutionnelles qui président au Québec. Il s'agit à présent de détailler les acteurs de la plainte qui interviennent à l'intérieur et à l'extérieur des dispositifs accueillant les personnes âgées. A l'intérieur des **Centres d'Hébergement et de soins de longue durée** (CHSLD), on peut retenir **trois grands acteurs** (les comités d'usagers et de résidents, le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur) tandis qu'à l'extérieur un nombre plus important d'intervenants se donne à voir et que l'on ne pourra d'ailleurs pas approfondir ici.

Élus par l'ensemble des résidents de l'établissement, **les comités de résidents** se composent de cinq personnes qui peuvent être résidents ou membres des familles. Ils sont habilités à participer à plusieurs comités et groupes de travail au sein des établissements et disposent d'un mandat (président, trésorier, conseiller, secrétaire, etc.), de règles, de procédures, d'un budget propre et remplissent trois fonctions précises : renseigner les usagers de leurs droits et leurs obligations, promouvoir

l'amélioration de la qualité, défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers. N'oublions pas que plusieurs réseaux et organisations de patients cités plus haut sont susceptibles d'équiper ces comités en termes de formation, de budget, de droit.

Voici par exemple comment la Présidente du comité se présente sur le site Internet du CHSLD :

*Le comité des Usagers du CHSLD Bussey c'est...
La voix, les yeux et les oreilles de l'ensemble des résidents.*

Le comité des usagers est là pour vous aider si :

- *Vous avez besoin d'informations sur vos droits.*
- *Vous voulez faire une suggestion pour améliorer les services.*
- *Vous désirez exprimer une insatisfaction.*
- *Vous souhaitez être accompagné pour porter plainte ou pour faire une demande d'assistance.*

La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit ainsi les principales fonctions du comité des usagers :

- *Il doit promouvoir et évaluer la qualité des conditions de vie des résidents.*
- *Il doit défendre les droits et les intérêts collectifs des résidents.*
- *Il doit accompagner et assister, sur demande, un résident dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire déposer une plainte.*

Les résidents et membres des familles sont invités à communiquer avec nous au 514-637-1127 ext. 39

Le deuxième acteur principal en interne est **le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services**. Suite à plusieurs réformes du système, il est considéré comme cadre, dispose d'un monopole dans le traitement de la plainte, élabore chaque année un bilan et des recommandations. Voyons en guise d'illustration, comment le Commissaire présente sa mission et son rôle sur le site internet du même CHSLD :

Suite à l'adoption de la loi 83 sur les services de santé et les services sociaux, la direction du CHSLD Bussey m'a désigné à titre de commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, un poste qui maintenant doit être exclusivement dédié aux fonctions d'amélioration de la qualité telles que décrites dans les nouvelles dispositions de cette loi.

Je suis donc appelé à traiter les plaintes adressées au CHSLD Bussey en conformité avec les exigences de la loi, que ces insatisfactions soient exprimées verbalement ou par écrit. Toutefois, dans un premier temps, vous devez vous adresser à la directrice des soins infirmiers ou à toute autre personne de votre choix dans l'établissement, personne qui aura la responsabilité de m'acheminer les insatisfactions auxquelles il n'aura pas été possible de répondre à cette première étape.

Je vous rappelle que vous pouvez toujours obtenir le soutien du comité des usagers de l'établissement ou celui du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la région de Montréal dans toute votre démarche pour porter plainte. De plus, ce n'est

qu'à la suite du traitement de votre plainte par le commissaire local que vous pourrez vous adresser au protecteur du citoyen si vous n'êtes pas satisfait des réponses obtenues.

Dans cet esprit d'amélioration de la qualité des services, soyez assuré qu'il me fera plaisir d'examiner les situations dont vous me ferez part, et ce, avec le souci de bien comprendre vos attentes, et surtout, avec attention et délicatesse.

Vous pouvez me rejoindre par écrit en adressant votre lettre au CHSLD Bussey, au nom de Denis Chaput ou verbalement en laissant votre message à un membre du personnel de l'établissement ou encore dans ma boîte vocale au 514-645-1673 ext. 500.

Je vous remercie de votre attention.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

*Denis Chaput
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services*

Le **médecin examinateur**, organiquement relié à l'ordre des médecins du Québec, a en charge toute plainte concernant le corps médical. Il semble toutefois très peu sollicité.

2.5. Synthèse : les grandes lignes du cas Québécois

Le Québec soutient un nombre assez élevé d'acteurs et d'actions qui comptent dans le traitement des plaintes émanant des personnes âgées vivant des les institutions de soins. Des recours sont possibles à plusieurs niveaux et le système de plaintes semble fortement implanté au niveau local. On note aussi le développement conséquent de dispositifs d'évaluation et de certification, qui atteste une importance accordée au management des soins. Enfin, les aînés semblent être considérés, au-delà des plaintes et de leur gestion, comme une question politique de premier plan.

3. Suisse : déclinaison cantonale de la fonction de médiation

3.1. Pourquoi la Suisse ?

Il est pertinent de considérer la façon dont la mission de médiation associée à la loi sur les droits des patients est déclinée dans un pays de forte structure fédérale, tel la Suisse. Si chacun des cantons édifie sa propre législation en matière de santé, nous avons choisi de centrer l'attention sur le canton de Vaud qui, en Suisse romande, a développé une pratique de la médiation sanitaire ouverte aux résidents des établissements médico-sociaux.

3.2. Sources documentaires et informateurs

La présentation s'appuie sur la consultation des sites officiels des cantons romands, en particulier, pour le canton de Vaud : Règlement sur le médiateur, sur l'organisation des Commissions d'examen des plaintes de patients, sur le fonctionnement du Conseil de santé et sur la procédure en matière de sanctions et de retrait d'autorisation (RMCP) du 17 mars 2004 (RS 811.03.1) http://www.rsv-fic.vd.ch/celluleweb/search_loi_essentiel.html ; rapports d'activité des Commissions vaudoises d'examen des plaintes et du Bureau cantonal de médiation santé. Ont également été consultés : le site Sanimédia d'information en santé publique (www.sanimedia.ch) ; les analyses de Isabelle Jeanneret, *La médiation sanitaire : une réponse à l'insatisfaction du patient*, Institut universitaire Kurt Bosch (IUKB), Sion, Suisse - Master européen en médiation, 2009.

3.3. Le Canton de Vaud

En Suisse, les cantons romands ont inscrit la fonction de médiation relative aux droits du patient dans leurs législations sanitaires entre 1996 et 2006. Chacun de ces cantons (Vaud, Genève, Jura, Fribourg, Valais et Neuchâtel) a procédé selon ses propres modalités, introduisant des variations quant au statut de la médiation associée à la mise en œuvre de ces droits, et ne reprenant pas non plus les droits du patient selon les mêmes formulations (voir Sanimédia, « L'essentiel sur les droits des patients »). Les distinctions portent notamment sur la formation des médiateurs, leur degré d'indépendance organisationnelle et fonctionnelle, les domaines de compétence et le type de procédure qu'ils sont appelés à mettre en œuvre (pour une synthèse de ces déclinaisons, voir I. Jeanneret, p. 27-33). Parmi les cantons romands, celui de Vaud a institué un traitement des plaintes à l'adresse de **deux groupes cibles** : outre les **patients** hospitalisés, les dispositions s'adressent explicitement au groupe des **résidents** d'établissements médico-sociaux.

Cette spécificité s'explique sans doute historiquement. C'est en effet suite à des affaires de maltraitance survenues au début des années 1990 envers des personnes âgées

hébergées en institution que l'État du canton de Vaud a institué une **unité de surveillance des prestations de soins pour les 150 établissements médico-sociaux vaudois**. Cette création s'accompagne de la mise en place d'**une commission d'examen des plaintes**. Plusieurs cantons romans suivront cet exemple. Toutefois de nouveaux cas de maltraitance secouent l'opinion en 1996, aboutissant à la mise en œuvre d'une enquête parlementaire (1997-2001) qui souligne le manque de contrôle effectif des établissements, et propose diverses recommandations visant en particulier les mesures de contention et les traitements forcés. Parmi les recommandations figure l'instauration d'une commission d'examen des plaintes qui garantisse l'anonymisation des plaignants et s'accompagne de la mise en place de procédures de médiation.

En 2002 la loi connaît une révision selon les recommandations de cette enquête et aboutit à l'ouverture du **Bureau cantonal de médiation santé (BCMS)** en 2004 au centre de Lausanne.

Le dispositif de traitement des plaintes portant sur les droits des patients de ce canton de 700.000 habitants articule trois niveaux.

Au premier niveau, la médiation est destinée au traitement des plaintes en saisine directe, gratuite et confidentielle. Une médiatrice rattachée au BCMS reçoit tant les patients des hôpitaux et maisons de santé que les résidents des établissements médico-sociaux. Elle peut également être saisie par les proches des patients et par les professionnels du secteur.

Les **objectifs** affichés sont les suivants : « La médiation a pour but de renouer le dialogue entre les parties en conflit tout en rétablissant un lien de confiance. La médiation offre aux personnes l'occasion de mieux se comprendre en fonction de leur logique respective et de leur vécu. La médiation est conduite avec la volonté d'instaurer un dialogue ouvert et constructif dans un climat rassurant. La médiatrice, tiers neutre et impartial, a pour rôle de faciliter la communication et la compréhension des phénomènes en présence. »

A l'intention des professionnels, le BCMS souligne que : « La médiation peut contribuer à l'amélioration du fonctionnement de la structure et de la prise en charge des usagers. Elle permet également de préserver la réputation des professionnels et des établissements en évitant que critiques et rumeurs ne se répandent sur la place publique. »

Le BCMS précise les **modalités** de son intervention sur la page de son site web :

- « Les entretiens et séances de médiation se déroulent, sur rendez-vous, dans nos locaux situés au centre ville de Lausanne. La discrétion est ainsi garantie aux plaignants et aux professionnels. Cette implantation, au cœur de la cité, donne, de surcroît, une image plus neutre de notre structure aux usagers.
- La démarche de médiation est une démarche individuelle: juristes et avocats ne peuvent, par conséquent, pas y participer.
- Il s'agit d'un acte volontaire : aucun des protagonistes ne peut être contraint à cette démarche.
- La confidentialité, la rapidité et la gratuité sont garanties.
- L'écoute active, la patience, l'authenticité, le respect d'autrui et l'éthique sont des valeurs fondamentales mobilisées tout au cours du processus de médiation.
- En acceptant la médiation, les personnes s'engagent, par écrit, à participer à la discussion dans un climat de respect mutuel et de coopération.
- En cas de non aboutissement, la personne plaignante peut être orientée vers un autre organe de recours.

- La médiatrice exerce sa fonction en totale indépendance vis-à-vis des parties en présence ainsi que des autorités sanitaires et des groupes politiques. »

Selon une analyse des rapports d'activités du BCMS réalisés entre 2004 et 2008 (I. Jeanneret, p. 39 s.), le nombre de plaintes traitées s'élèverait à environ 160 par an. Parmi celles-ci, 16% proviennent d'établissements médico-sociaux. Les droits les plus souvent malmenés sont le droit à l'information du patient (48%), les articles 94 et 124 concernant les compétences médicales et infirmières (16%) et le droit d'accès au dossier médical (15%). Sur l'ensemble des plaintes reçues, une quarantaine feront annuellement l'objet d'une médiation dont le taux de réussite serait d'environ 88% en moyenne.

Lorsque la médiation n'aboutit pas, le plaignant est orienté vers la Commission d'examen des plaintes.

Au second niveau, les Commissions cantonales d'examen des plaintes, l'une pour les droits du patient, l'autre pour les droits du résident, examinent les dossiers dont la médiation n'a pas pu aboutir à la conclusion d'un accord signé.

Les commissions se réunissent mensuellement. Après examen, elles renvoient la plainte pour instruction et préavis au chef du Département de la santé et des affaires sociales du canton, ou bien elles l'envoient pour enquête et décision disciplinaire au Conseil de santé habilité à prendre des mesures disciplinaires.

Le rapport d'activités 2011 la **Commission des plaintes des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs** souligne que les plaintes relatives aux droits des résidents ont toutes été introduites par la famille ou par un proche.

Dans ses conclusions, la Commission constate : « La Commission, à l'occasion de l'examen et du traitement des plaintes enregistrées en 2011, est interpellée par le constat qu'il est très souvent fait état d'importantes difficultés de communication entre famille et personnel soignant. Ce point est récurrent dans ce que la Commission constate au fil des années. Malgré l'engagement de la Médiatrice auprès des établissements, la Commission relève que les droits des patients ne sont pas strictement respectés. Il s'agit parfois d'un manque de formation de la part des soignants, mais également d'un manque d'empathie de la part de ceux-ci. La rotation du personnel en EMS est souvent élevée et cela ne permet pas d'établir une relation dans le temps. En outre, la Commission fait le constat que les dotations en personnel de soins tendent à être calculées à la baisse, ce qui a pour conséquence que les équipes n'ont plus guère le temps de communiquer, d'écouter les demandes et souhaits des résidents. La formation des collaborateurs pâtit également de ces restrictions, notamment quant à la transmission des valeurs des institutions. La Commission considère qu'il y aurait matière à intervenir auprès des assureurs maladie, qui financent les postes de travail dans les soins, pour qu'ils revoient leurs calculs afin d'obtenir une augmentation des effectifs. La Commission observe à nouveau que la prise en charge d'un court séjour par les EMS peut, dans certains cas, s'avérer problématique en raison d'une communication lacunaire des informations entre les différents intervenants, hôpitaux, CMS, médecin traitant et famille.

Enfin, la Commission remarque que l'efficacité de l'intervention du Bureau de la Médiation lui a permis de n'enregistrer que huit nouveaux cas en 2011. »

3.5. Synthèse

Le Canton de Vaud présente un dispositif de traitement des plaintes à trois niveaux. Un premier niveau passe par l'offre publique d'une médiation professionnelle, indépendante, confidentielle et gratuite. Les soignants comme les proches sont habilités à déposer des plaintes relatives aux droits des patients. Si la médiation n'aboutit pas à un accord, un second niveau d'examen des plaintes s'effectue en commission. Il s'ensuit soit un renvoi pour instruction et préavis au chef du Département de la santé et des affaires sociales du canton, soit un renvoi pour enquête et décision disciplinaire au Conseil de santé. La particularité du second niveau est d'avoir distingué, dans la composition des commissions appelées à examiner les plaintes, les patients hospitalisés des résidents hébergés dans des établissements médico-sociaux.

4. La Grande Bretagne

4.1. Pourquoi la Grande Bretagne

Le cas de la Grande Bretagne est intéressant en ce qu'au sein du National Health System (NHS) la gestion de plaintes ne s'est pas fortement professionnalisée au niveau local et à l'intérieur des établissements mais a surtout mis en place des acteurs et institutions susceptibles de répondre aux plaintes à un niveau plus macro. Il s'agit d'un modèle relativement simple en deux étapes, établi en avril 2009, et valable pour l'ensemble des différents publics et contextes organisationnels de santé sur tout le territoire: d'abord la résolution locale de la plainte (local resolution), suivie par le recours au *Parliamentary and Health Service Ombudsman* qui est un organe indépendant du NHS et du gouvernement. Le modèle mis en œuvre ici de manière claire constitue un levier intéressant pour discuter et affiner la compréhension du cas belge.

4.2. Sources documentaires et informateurs

Ce chapitre repose principalement sur la lecture de rapports d'enquête disponibles dans le domaine public, de textes et documents officiels du régulateur de la santé Care Quality Commission (CQC) présentant les procédures et les responsabilités, des sites internet de différentes organisations de défense des aînés (*Age UK, Counsel and Care*). En outre, plusieurs échanges avec des collègues issus d'universités anglaises dont King's College

London (Dr. J. Ocloo, Dr. N. Kodate) et avec lesquels une collaboration avait déjà été ouverte ont permis de clarifier plus encore notre approche du cas anglais.

4.3. Situation globale

Nous explicitons d'abord le modèle en deux étapes et nous précisons ensuite les autres intervenants principaux du modèle anglais. Au niveau local, une « résolution locale » de la plainte est privilégiée. Ainsi il existe une série de procédures formelles qui encadrent le suivi et le traitement des plaintes. Ce niveau ne semble pas faire l'objet d'une attention privilégiée par les autorités compétentes. Une latitude est laissée aux acteurs locaux afin de s'organiser et se coordonner pour agir face aux plaintes émises par les personnes. Ce sont principalement les « local primary care trust » (PCT) qui assument la responsabilité de traiter les plaintes. Le deuxième recours se situe au niveau du **Parliamentary and Health Service Ombudsman**. Créée en 1967 et dirigée par une personnalité importante des affaires publiques sélectionnée à partir d'un concours piloté par l'administration publique, cette institution historique offre un service gratuit et se présente comme le contact principal pour tout ce qui concerne insatisfactions, problèmes et soumission de plaintes de la part de patients. Le site Internet qui lui est consacré est très clair à cet égard et explique ce qu'il faut faire et comment il faut faire en cas de plainte. Cette institution met à la disponibilité du public une série d'interpellations et de recommandations destinées au Parlement, de rapports (disponibles depuis 1999) et de statistiques (disponibles depuis 2004), portant sur la qualité du système de santé et sur la gestion des plaintes. L'amélioration continue des services publics pour les usagers constitue l'objectif premier.

Le type de logique qui prévaut ici a toutefois été l'objet de difficultés et de problèmes. Un rapport de février 2011, intitulé « *Care and Compassion? Report of the Health Service Ombudsman on ten investigations into NHS care of older people* », a éclairé les problèmes graves, les abus, les dysfonctionnements à partir de dix cas réels dont neuf se sont terminés par un décès de la personne âgée. Chaque situation est d'abord décrite dans le détail, suivie de l'enquête menée par *Parliamentary and Health Service Ombudsman* et se concluant par les résultats sur le terrain. Le point critique principal soulevé dans cette publication se situe dans le manque criant de standards de soins partagés pour le traitement des publics âgés vulnérables.

Outre ces deux niveaux, il existe plusieurs organisations spécifiques pour le soutien des personnes âgées (*Age UK, Counsel and Care*) mais qui n'ont pas un rôle formel dans le traitement des plaintes. Il y a également plusieurs organisations généralistes qui soutiennent, informent et accompagnent les patients, les proches et les familles face à toute démarche en relation avec la soumission d'une plainte : le Patient Advice and Liaison Service (PALS) offre ses services et dispose d'un employé disponible dans chaque hôpital ; l'Independent Complaints Advocacy Service (ICAS) est un service national qui aide les patients face à toute démarche de soumission de plainte, Citizens Advice Bureau, NHS Direct.

4.4. Synthèse : les grandes lignes du cas de la Grande Bretagne

Le cas anglais s'organise selon un modèle à deux niveaux complété par une série d'organisations d'aide et de soutien. Toutefois, on peut noter que le niveau plus macro est fortement privilégié et que la médiation locale opère plutôt sous la forme d'aide et de soutien ou sous la forme de procédures relativement peu standardisées et professionnelles préférant le dialogue et la collaboration (local resolution).

Troisième Partie - Approche prospective

Introduction

A partir des volets précédents de l'étude – analyses situationnelle et comparative –, nous avancerons dans cette troisième partie vers une approche prospective de la fonction de médiation associée à la loi sur les droits du patient dans le secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées en Belgique.

Avant d'envisager les stratégies globales d'amélioration de l'exercice de cette fonction pour le groupe cible, il convient de revenir sur ses différentes dimensions : information, prévention, réception, médiation et traitement des plaintes, recommandations. Pour chacune d'elles nous évoquerons les constats saillants et les suggestions susceptibles d'aller vers un ajustement plus satisfaisant pour le public des personnes âgées, ou vers une amélioration des dispositifs en vertu de leurs objectifs propres.

Les constats sont formulés de façon globale afin d'indiquer des constantes. Ils n'ont pas la prétention à la justesse descriptive qui caractérise l'analyse situationnelle, mais visent à synthétiser les grandes lignes qui en ressortent afin d'étayer des propositions et recommandations.

Les suggestions explicitent les différentes pistes formulées par nos interlocuteurs ou issues de sources documentaires, partant de celles qui semblent les plus simples à opérationnaliser et allant jusqu'à celles dont la lourdeur et/ou le coût laissent penser qu'elles demeureront difficilement applicables. Ces dernières nous semblent néanmoins importantes à signaler dans la mesure où l'intention qui les porte entre en résonance avec l'esprit de la loi sur les droits du patient.

Après ce premier point nous aborderons l'articulation de la fonction dans son ensemble.

3.1. Dispositifs et acteurs actuellement susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des droits du patient : constats et suggestions

Au vu des analyses situationnelles, il apparaît que, outre le Service de médiation fédéral, divers dispositifs et acteurs interviennent actuellement en Belgique dans la mise en œuvre des droits du patient dans le secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées. Nous les considérons ci-après selon les missions qu'ils effectuent eu égard à la fonction de médiation. Rappelons brièvement ces missions :

- information sur les droits
- prévention des plaintes
- réception des plaintes
- médiation
- traitement des plaintes
- retour et recommandations en vue d'améliorer le système.

Nous distinguons les dispositifs et acteurs de première ligne, situés au sein même des lieux de résidence des personnes âgées (local interne), des dispositifs et acteurs de seconde ou troisième ligne, situés à l'extérieur des lieux de résidence ou de soin (externes). Nous centrons ici l'analyse sur les lieux de résidence en tant qu'ils sont considérés comme des lieux de soin. Pour les personnes âgées soignées à domicile le premier niveau n'est pas pertinent, et seuls les dispositifs et acteurs situés en externe présentés ci-après sont à considérer.

*3.1.1 Local **INTERNE** aux lieux d'hébergement (de première ligne pour les résidents)*

Les dispositifs et acteurs actuellement présents dans le secteur résidentiel peuvent être présentés de façon synthétique selon leur type de contribution aux missions assorties à la loi sur les droits du patient.

3.1.1.1. Rappel synthétique des dispositifs et acteurs rencontrés

Information

- Règlement d'Ordre Intérieur
- Convention d'hébergement
- Tableaux d'affichage
- Accueil des résidents par la direction et l'équipe (Conseils de résidents)
- Mission du coordinateur des plaintes et préposé qualité (Flandre)

Réception de plaintes

- Registre des plaintes
- Boîte à idées
- Permanences des directions d'établissements
- Conseils de résidents
- Enquêtes de satisfaction
- Mission du coordinateur des plaintes et préposé qualité (Flandre)

Prévention, « médiation » et traitement des plaintes

- La direction des établissements
- Le chef de service infirmier
- Le médecin coordinateur
- Le coordinateur des plaintes (Flandre)
- Occasionnellement l'appui d'un service social (Flandre)

3.1.1.2. Présentation synthétique des constats effectués

Les constats globaux concernant la mise en œuvre de la loi sur les droits du patient à ce niveau interne peuvent être schématiquement formulés en termes de points forts et faibles.

En ce qui concerne les caractéristiques des dispositifs de gestion des plaintes rencontrés, une attention particulière est portée aux dimensions suivantes : proximité, visibilité, accessibilité et disponibilité, confidentialité, indépendance, professionnalisation, coût. Nous reprenons là l'examen de plusieurs des critères considérés comme essentiels à l'organisation d'un système de gestion et de médiation des plaintes dans la littérature (Voir A. Jacquerye, 2007, p. 124).

Les points forts

Parmi les points forts qui caractérisent ces dispositifs et acteurs de première ligne du point de vue de la mise en œuvre de la loi sur les droits du patient, il faut souligner la **proximité**.

Sous ce terme nous entendons, d'une part, la connaissance des réalités du secteur proprement dit et, d'autre part, la réactivité potentielle par rapport à une situation problématique spécifique.

De ces deux points de vue, les dispositifs et acteurs situés en première ligne sont particulièrement efficaces.

Non seulement la mission d'information devrait pouvoir être aisément remplie compte tenu des dispositifs disponibles, mais la connaissance des situations et des personnes impliquées dans les relations de soin, la possibilité d'intervenir rapidement et informellement, devraient permettre de participer activement à la prévention et au traitement des situations problématiques susceptibles de générer des insatisfactions, des demandes, des réclamations ou des plaintes en lien avec la loi sur les droits du patient comme avec l'ensemble des droits des résidents. Il est en effet le plus souvent malaisé de distinguer les causes d'insatisfactions ou les dysfonctionnements en les rapportant préférentiellement aux références normatives régionales, communautaires ou fédérales. Sur les lieux de vie et de soin que sont les établissements d'hébergement, la gestion des plaintes gagne à considérer l'ensemble des dimensions du soin au sens large, tant organisationnelles que thérapeutiques.

Situés au plus près des intéressés, les dispositifs internes aux établissements devraient en principe bénéficier d'une **visibilité**, d'une **accessibilité** et d'une **disponibilité** maximales. Toutefois ces potentialités sont contrebalancées par un certain nombre de points faibles.

Les points faibles

Si les droits du résident sont déclinés selon les législations régionales et communautaires en vigueur, c'est l'absence de référence à la loi sur les droits du patient au sein des dispositifs d'information présents dans les institutions qui a été constatée lors de l'enquête. **La mission d'information sur les droits du patient est donc entièrement à construire pour le secteur.**

En ce qui concerne **le recueil et la gestion des plaintes** en interne, plusieurs constats peuvent être formulés.

L'**anonymat** et le respect de la **confidentialité** lors du recueil de plaintes sont globalement problématiques. L'expression de mécontentements, demandes ou réclamations est trop souvent effectuée sous des formes et dans des lieux ouverts aux regards et aux oreilles des personnels comme des autres résidents. Le traitement informel de plaintes ne garantit pas davantage la confidentialité, et encore moins l'anonymat du plaignant. Dans la mesure où il fut souligné que la crainte de représailles serait l'une des raisons du nombre peu élevé de formulation de plaintes de la part de résidents âgés, une attention particulière doit être portée à ces faiblesses potentielles des dispositifs actuellement mis en œuvre.

La **neutralité** des acteurs engagés dans la gestion des plaintes est également un point problématique. Ce sont le plus souvent la direction ou des membres du personnel rémunérés par l'établissement qui se chargent de réceptionner, d'analyser et de traiter les plaintes formulées en interne. Ce fait ne permet pas de garantir l'impartialité des personnes appelées à gérer les situations problématiques, ni leur autonomie à l'égard de l'établissement qui les emploie. Il a été rappelé que l'intérêt de l'institution ne correspond pas nécessairement avec celui du patient ou du soignant. En revanche, mise au service de l'institution, la gestion des plaintes peut participer d'une politique de qualité comme c'est le cas en Flandre.

Enfin, de nombreux acteurs impliqués dans la gestion des plaintes au sein des établissements du secteur envisagent leur action comme de la **médiation**. Il faut souligner deux constats à ce sujet. D'une part, le fait de parler de « médiation » à ce premier niveau interne est largement problématique du point de vue des professionnels de la médiation. D'autre part, lorsque les personnes affectées à une fonction de médiation sont des professionnels, il est fait référence à une logique de management de la qualité des établissements et non à une politique de mise en œuvre des droits. **La plus grande prudence doit donc être observée dans la qualification de pratiques de gestion des plaintes en interne. L'usage de la notion de « médiation » ne garantit en rien que les pratiques se conforment aux attentes fortes assorties à la fonction de médiation relative à la loi sur les droits du patient**, en particulier en matière de confidentialité, de neutralité et d'indépendance comme de qualification professionnelle.

3.1.1.3. Suggestions relatives au niveau local interne aux établissements

Partant des constats effectués, et en particulier des variations observées dans les pratiques au cours de l'analyse comparative, nous pouvons signaler un certain nombre d'innovations intéressantes relativement aux missions examinées, et formuler des suggestions dans l'ordre croissant des investissements humains et matériels qu'engagerait leur mise en œuvre.

Information

- Faire connaître les droits du patient auprès des directions d'établissements, les indiquer dans les décrets ou à minima dans les conventions d'hébergement et les ROI.

- Faire la publicité des droits du patient dans chaque établissement pour les résidents et leurs proches par voie d’affichage.
- Faire connaître les droits du patient auprès des médecins et du personnel soignant (infirmier(e)s, aides soignant(e)s, kinés, logos...) pratiquant dans le secteur.
- Mentionner ces droits de vive voix à l’accueil et en cas de problème relatif aux droits du patient.
- Faire des *Conseils de résidents* des vecteurs d’information relatifs aux droits comme c’est le cas au Québec. Pour rappel, la loi y définit les principales fonctions des comités d’usagers internes aux établissements comme suit : promouvoir et évaluer la qualité des conditions de vie des résidents ; défendre les droits et les intérêts collectifs des résidents ; accompagner et assister, sur demande, un résident dans toute démarche qu’il entreprend, y compris lorsqu’il désire déposer une plainte. Pour ce faire, il s’agit toutefois de doter ces instances de moyens d’action adaptés à leur mission. Au Québec, les membres élus disposent d’un mandat, de règles de procédures, d’un budget propre et peuvent être épaulés en termes de formation, de budget et d’appui juridique par plusieurs réseaux et organisations de patients actifs dans le secteur.

Réception des plaintes

- Améliorer la **confidentialité** lors du recueil des remarques et « plaintes » en plaçant des boîtes fermées plutôt que des registres ouverts ; et en étant attentif à placer ces dispositifs dans des espaces neutres.
De même, si une personne est préposée à la réception des plaintes il importe qu’elle dispose d’un lieu d’accueil spécifique situé de façon à garantir au mieux la confidentialité des démarches entreprises par les plaignants.
- Désigner une ou plusieurs personnes de référence pour la réception des plaintes au sein du personnel des institutions.
C’est le cas en Flandre où le coordinateur est chargé de recueillir et de traiter les plaintes des résidents en interne. C’est également le cas au Québec où le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est habilité à occuper cette fonction. Ces exemples s’inscrivent dans une logique de management et d’amélioration de la qualité des prestations qui utilise l’expression de plaintes comme un outil de réflexivité dont peut se saisir l’institution pour accroître la qualité des services.
Toutefois la désignation de personnes de référence pour la réception de plaintes peut également participer d’une logique de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées en institution comme c’est le cas dans le canton de Fribourg en Suisse. La procédure de gestion des plaintes interne y impose à tout établissement de « désigner au moins 2 personnes de références à qui il est possible de parler en cas de situations plus difficiles ou en cas de doutes ou de craintes sur les suites qui seront données à l’intervention du plaignant. Les personnes désignées peuvent être

le directeur, l'infirmier(ères)-chef(e), une infirmière de l'unité, ou toute autre personne interne ou externe à l'institution désignée par cette dernière. »⁶⁹

- Créer et indiquer un point de contact (numéro de téléphone et adresse électronique spécifiques) où le résident ou ses proches peuvent adresser leurs remarques et plaintes éventuelles, ainsi que s'informer des suites éventuelles à engager.
- Assurer des permanences dédiées au respect des droits dans un local situé en un lieu neutre.

Prévention et traitement des plaintes

- Afin d'améliorer la gestion des situations critiques en interne, divers aménagements ont été notés au cours de l'enquête. Ainsi, le fait de désigner, outre la direction, un ou deux membres du personnel comme personnes de référence ou gestionnaire de plaintes (voir point précédent). En Flandre comme au Québec, un préposé à la gestion de la qualité est déjà en activité dans le secteur.
- Il faudrait s'intéresser à la formation du personnel désigné pour effectuer la gestion des plaintes internes aux établissements et clarifier ce faisant les missions effectuées en ce qu'elles rencontrent ou non les caractères d'une « médiation » en bonne et due forme.
- Des formules visant à organiser la collaboration entre médecins traitants et médecin coordonnateur au sein des établissements devraient être explorées afin d'améliorer la communication des intervenants et l'articulation des prises en charge.
Signalons qu'en France les associations professionnelles demandent que soient mises en place des conventions de bonnes pratiques entre le médecin coordonnateur de l'Ehpad et les médecins traitants. (Propositions au Ministre Bera, novembre 2009).
- Le regroupement en un même dossier des traces de l'ensemble des actes et décisions de soin concernant un patient, notamment afin de faciliter une vue d'ensemble des médicaments prescrits, et de garantir l'accès aux volontés éventuellement formulées concernant la fin de vie.
Les associations professionnelles françaises prônent l'usage d'un « projet personnalisé de vie du résident » qui permette de conserver la trace de ses choix en matière d'orientation de santé ainsi que le suivi des interventions et prescriptions de différents acteurs de santé dans son parcours (Propositions au Ministre Bera, novembre 2009).

⁶⁹ « Prévention de la maltraitance envers les aînés », État de Fribourg, Service du Médecin Cantonal, p. 13.

http://www.fr.ch/smc/fr/pub/prev_promotion_sante/sante_personnes_agees/pr_vention_malt_raitance.htm

- Pour ce qui est de l'accompagnement des personnes âgées dans les démarches leur permettant de faire valoir leurs droits, il serait bienvenu de proposer aux résidents l'accès à des « personnes ressource ».
Au Québec et en Angleterre, les résidents peuvent trouver un tel appui auprès d'associations de patients ou de dispositifs spécifiques comme le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes régionaux au Québec. En France, les établissements se doivent de proposer aux résidents une liste de « Personnes de qualité » auxquelles ils peuvent s'adresser pour les accompagner dans leurs démarches. Il s'agit des bénévoles qualifiés par les autorités locales et extérieures à l'institution d'accueil comme à la famille. Dans la mesure où elle permet de renforcer les capacités d'un public vulnérable dans la mise en œuvre de ses droits, cette piste mérite d'être explorée.
- Enfin, l'idéal serait de disposer d'un « médiateur » dument formé et mandaté par le SMF, indépendant de la structure d'hébergement, qui assurerait des permanences sur place, et cumulerait toutes les exigences d'une fonction de médiation en bonne et due forme : accessibilité, proximité, indépendance, neutralité, professionnalisme. Elle est toutefois peu réaliste financièrement, vu le nombre d'établissements à considérer.

3.1.2 LOCAL, REGIONAL, COMMUNAUTAIRE OU FEDERAL **EXTERNE** (DE SECONDE OU TROISIEME LIGNE)

Les dispositifs et acteurs actuellement présents dans le secteur de l'accueil et des soins aux personnes âgées peuvent être présentés de façon synthétique selon leur type de contribution aux missions assorties à la loi sur les droits du patient.

3.1.2.1. Rappel synthétique des dispositifs et acteurs rencontrés

Information

- Woonzorglijn (Flandre)
- Associations actives dans le secteur dont Infor-Homes Bruxelles, Respect Seniors Wallonie
- Service de médiation fédéral

Réception de plaintes

- Woonzorglijn (Flandre)
- Administrations régionales (services d'inspection)
- Associations : Infor-Homes Bruxelles, Sepam, Respect Seniors Wallonie, Meldpunt Ouderenmis(be)handeling
- Les services juridiques des mutualités, la police, l'Afsca, les services d'inspection de l'hygiène, etc.
- Des avocats
- Les compagnies d'assurance

- L'Ordre des médecins
- Le Service de médiation fédéral

Médiation plus ou moins formelle

- Le bourgmestre, le CPAS
- Infor-Homes service « médiation »
- Service de médiation fédéral

Traitement plus ou moins formel des plaintes

- Administrations régionales
- Autres instances : Woonzorglijjn, Infor-Homes, Sepam, services juridiques des mutualités, police...
- L'Ordre des médecins

3.1.2.2. Présentation synthétique des constats effectués

Il y a unanimité des acteurs du secteur sur le fait qu'il est indispensable, en cas d'insatisfaction du traitement des plaintes en interne, d'avoir accès à un second niveau de recours.

Les instances susceptibles d'intervenir à ce niveau sont actuellement multiples et diverses. Cette pluralité n'est toutefois pas articulée et coordonnée. Les dispositifs existants s'ignorent parfois mutuellement. **La multiplicité est donc en l'état source d'opacité, de perte d'énergies et de ressources, de dysfonctionnements et d'insatisfactions.**

L'ensemble des acteurs du secteur n'est pas unanime sur la vision des outils les plus appropriés à mobiliser pour améliorer la qualité de l'hébergement et des soins envers le public cible.

Le secteur wallon - et dans une moindre mesure le secteur bruxellois - d'accueil et d'hébergement des personnes âgées invoque une priorité d'amélioration par le biais de mesures générales contraignant les institutions à l'amélioration de la qualité en édictant des normes et en mobilisant des instances de contrôle renforcées.

Le secteur néerlandophone soutient une politique de management de la qualité en interne, assortie des garanties externes de contrôle et de sanction des autorités régionales.

Les acteurs régionaux du secteur semblent s'être organisés sans référence à une instance de médiation externe.

Dans le même temps, la loi fédérale sur les droits du patient est légalement d'application dans le secteur et la non visibilité des possibilités de recours déjà existants par ce biais fait défaut à la prise en charge des personnes âgées. La visibilité de la loi sur les droits du patient est d'autant plus pertinente que le souci de la fin de vie et des soins qui l'accompagnent est au cœur de l'accueil résidentiel des personnes âgées. De même, la question de la médication est-elle également centrale dans ces établissements. Or sur ces matières les autorités régionales n'ont pas de mandat.

L'une des difficultés notables provient de l'articulation, sur les lieux de vie et de soins, de deux types de droits dont les sources et les recours ne sont pas organisés

conjointement : droits des résidents et droits des patients. La plupart des plaintes portent sur les droits des résidents, même s'il y a une marge d'interprétation ouverte par les droits du patient lorsque des exemples concrets de situations sont évoqués. Ainsi, lors du workshop clôturant la présente étude, les situations suivantes ont été évoquées : la très longue attente de réaction du personnel après un appel effectué par un résident, ou encore le fait de n'avoir pas obtenu de change durant la nuit... sont des situations qui engagent l'organisation de l'établissement d'accueil mais qui peuvent appeler des demandes de reconnaissance et d'intervention à partir de la loi sur les droits du patient.

Concrètement, dans la mesure où de nombreuses situations problématiques peuvent renvoyer tant à la référence aux droits du patient qu'aux droits du résident, elles seront considérées par les autorités compétentes qui se réfèrent aux droits du résident (autorités régionales et associations actives dans le secteur se référant à ces ressources normatives et juridiques). Nous ne sommes donc pas là devant un vide normatif. Mais selon que l'on considère les situations depuis les droits du résident ou depuis les droits du patient, **la distinction portera sur le type de réponse qui sera apporté à ces réclamations ou plaintes.** Les autorités régionales mettent l'accent sur le contrôle et les sanctions des écarts aux normes légales. **La pratique de la médiation n'est pas organisée au niveau régional. L'encadrement régional de seconde ligne ne s'inscrit donc pas dans l'esprit de la loi sur les droits du patient visant en particulier à éviter toute judiciarisation des situations problématiques en rétablissant le dialogue entre les parties impliquées.**

Quant aux missions relatives à la fonction de médiation, les constats sont les suivants.

D'une façon générale, **l'information** relative à la loi sur les droits du patient n'est pas prise en charge par les dispositifs mentionnés (à l'exception du SMF).

La réception des plaintes

Il ressort de l'étude que les personnes se trouvent devant une multiplicité de points de contact, en particulier en Wallonie et à Bruxelles, même si les associations telles Infor-Homes Bruxelles et Respect Seniors Wallonie sont clairement identifiées comme ressources par le secteur.

Sans mettre en question la qualité du travail des points de contact déjà existants, on peut interroger les qualifications des personnes appelées à recevoir et rediriger les demandes qui leurs sont adressées lorsqu'elles sont en lien avec la loi sur les droits du patient. La plupart ignorent en effet cette loi ou ne perçoivent pas ses spécificités au regard des dispositions régionales et communautaires, y compris à la Woonzorglijn.

Pour ce qui est de la réception et du traitement de plaintes, ces points de contact ne peuvent constituer une fin de parcours mais seulement une étape intermédiaire. Leur pratique ne se conforme pas aux attentes d'un processus de traitement des plaintes en bonne et due forme.

Les pratiques de médiation et le traitement des plaintes

Les inspections régionales ne sont pas habilitées pour traiter les questions de soin. Elles ne proposent pas de service de médiation, y compris relativement aux droits des résidents.

Lorsque les plaintes sont réceptionnées et traitées par les associations, l'avantage réside dans leur très bonne connaissance du terrain. Toutefois leur mandat n'est pas assorti des assises juridiques adéquates, et le lien fonctionnel avec le secteur n'est pas toujours clairement articulé.

Plus fondamentalement, c'est la question de la professionnalisation de la fonction de médiation qui est ici posée. Il y a un flou autour de l'usage de cette notion qui ne renvoie pas pour tous les dispositifs et acteurs à une profession clairement identifiée, ni à des exigences bien définies.

3.1.2.3. Suggestions relatives au niveau externe

D'une façon générale : la concertation entre les acteurs du secteur serait très souhaitable. Elle permettrait de constater dans un premier temps les doubles emplois et gaspillages d'énergies et de ressources. Elle permettrait d'appréhender les logiques d'action des différentes instances concernées et d'envisager leur collaboration et leur meilleure articulation.

Plusieurs suggestions méritent d'être mentionnées avant d'envisager de façon plus globale l'articulation possible des instances déjà en activité au sein de modèles alternatifs.

Information : visibilité, accessibilité

- Faire connaître la loi sur les droits du patient à l'ensemble des intervenants du secteur.
Lors des entretiens comme lors du workshop il est apparu que la loi n'est pas ou mal connue de nombreux acteurs du secteur.

Réception de plaintes : visibilité, accessibilité et disponibilité ; anonymat et confidentialité

- Travailler si possible avec **un seul point de contact par région** pour tout le secteur personnes âgées, en ce compris concernant les droits du patient.
Le rapport relatif à la « Gestion des plaintes et médiation en soins de santé » publié par la FRB en avril 2010 préconise la mise en place d'un point de contact unique pour l'ensemble du pays et pour l'ensemble des plaintes relatives aux soins de santé. Dans la mesure où plusieurs points de contacts sont déjà opérationnels dans le secteur des personnes âgées au niveau régional, relativement connus du public comme des acteurs du secteur, il nous semble cohérent de s'appuyer sur ces dispositifs déjà existants. Il s'agit néanmoins d'effectuer un travail de regroupement s'il y a lieu afin de ne retenir qu'un seul point de contact par région. Il s'agit

également d'effectuer un travail de réflexion et de définition des missions attendues de ces dispositifs, comme de la formation des personnels appelés à y travailler.

- Garantir un large spectre horaire d'accessibilité à ces points de contact.
- Définir les tâches et former les personnes appelées à occuper ces points de contact. La réception des plaintes et l'orientation des demandes s'avère être une tâche relativement complexe. Le « tri » ou plutôt l'analyse de la gravité de chacune des situations et des réponses les plus appropriées à chaque cas relève de compétences spécifiques.
Il faut notamment s'assurer du fait que les personnes qui en ont la charge :
 - connaissent l'ensemble des recours possibles et des dispositifs disponibles ;
 - sont en mesure de conduire, au-delà de l'écoute, vers l'instance la mieux à même de traiter la demande éventuelle ;
 - sont en mesure de distinguer entre la nécessité de recourir à l'intervention de l'inspection et à celle de la médiation.
- Atténuer le cas échéant l'identification du point de contact avec la seule question de la dénonciation de la maltraitance.
- Garantir la confidentialité des dispositifs de réception et de tri des plaintes par ces points de contact.

Médiation : neutralité, professionnalité, confidentialité, indépendance

- Réserver le terme de « médiation » à une pratique mise en œuvre par une personne dûment formée et diplômée pour ce faire, dont la pratique est contrôlée par des instances habilitées et rencontre des exigences professionnelles précises.
La littérature relative à la médiation semble unanime sur la nécessité de professionnaliser cette pratique de façon à en garantir les résultats escomptés. Cela implique de **distinguer la gestion des plaintes proprement dite de la médiation** qui peut intervenir en seconde ligne dès lors que le premier traitement de la plainte n'a pas abouti. Dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées, la gestion des plaintes est effectuée en interne (voir point précédent), et la médiation relève à ce jour de la compétence des médiateurs du SMF. En revanche, pour ce qui est du **secteur des soins à domicile**, un premier niveau de gestion des plaintes n'est pas organisé. Ce à quoi il faudrait remédier le cas échéant.
- Introduire la pratique de la médiation relativement au respect des droits des résidents pour le secteur de l'hébergement des personnes âgées en MR et MRS.
A ce jour, les instances régionales et communautaires en charge de l'application des normes encadrant le secteur ne disposent pas de dispositif de médiation alors même qu'il semblerait opportun à plusieurs interlocuteurs. Outre la fonction de veille, de contrôle et de sanction, la fonction de médiation pourrait compléter les formes de l'action publique régionale dans ce secteur.
- Élargir les droits du patient à la prise en compte des relations de soin au sens large, y compris dans leurs aspects organisationnels relevant des contextes de soin.

Dans son esprit, la loi sur les droits du patient a été conçue pour s'appliquer aux relations entre un prestataire de soin et un patient. Dans le contexte des lieux de vie que sont les établissements d'hébergement de longue durée, les distinctions entre les actes qui relèvent du soin thérapeutique et ceux qui relèvent du soin organisationnel ou hôtelier sont délicates à établir. La référence à la qualité est interprétée largement par les patients et peut engager tant la structure organisationnelle que les prestataires de soin. Il est donc particulièrement frustrant pour un patient dont les droits semblent avoir été enfreints de se trouver face à une prise en considération pointue et amputée de ses griefs. De même, il peut être révoltant de devoir se plier à une définition à priori de ce qui relève d'un soin, écartant certains actes ou dispositions sans doute considérés comme essentiels par certains résidents.

- Partant, élargir la fonction de médiation associée aux droits du patient à l'ensemble des plaintes relatives aux soins et non uniquement à celles portant sur la relation entre patient et prestataire de soins.

Dans la pratique, les médiateurs hospitaliers et les médiateurs en santé mentale font état de la difficulté à séparer clairement les différents types de plaintes. Ce point est d'autant plus pertinent pour le secteur résidentiel.

- Garantir la neutralité et l'indépendance des « médiateurs » en les rattachant à des institutions qui ne sont pas impliquées dans les instances d'accueil et d'organisation des soins.

La littérature et les entretiens soulignent l'importance qu'il y a pour garantir la crédibilité et la légitimité de la fonction de médiation de faire en sorte que les médiateurs ne soient pas employés par des acteurs du secteur.

Ainsi par exemple, devant les difficultés liées à l'intrication des rôles et des statuts, la réflexion porte en France sur l'ancrage des médiateurs internes aux hôpitaux. Dans le rapport du 14/02/2011, il est proposé d' « Intégrer les médiateurs médecins dans le pôle santé et sécurité des soins du Médiateur de la République afin de constituer des délégations territoriales indépendantes et impartiales ».

Lors de l'enquête, cette question a été soulevée à plusieurs reprises. Les représentants de la LUSS sont très attachés à l'autonomie et à l'indépendance des médiateurs. Une proposition de loi de Patrick Vankrunkelsven (13/11/2007) allait en ce sens, proposant de recruter, former, évaluer et rémunérer les médiateurs par le SPF Santé publique, qui les détache ensuite auprès d'institutions (Rapport FRB, 2010, p. 40). Ce point nous semble précieux à conserver pour la réflexion sur l'amélioration de la fonction de médiation dans le secteur de l'accueil des personnes âgées.

- Immuniser la pratique de « médiation » dans le secteur de façon à éviter les craintes de poursuites ultérieures basées sur des confidences effectuées lors du processus de médiation.

En France, le rapport du 14/02/2011 propose de « Sanctuariser la médiation en rendant la communication des éléments fournis lors de la rencontre entre les professionnels de santé et les familles à l'occasion d'une médiation, suite à un événement grave lié aux soins, non exploitables devant une juridiction. Ce mode de fonctionnement de la médiation rejoindrait alors celui de la conciliation et médiation judiciaire ».

Traitement des plaintes et recommandations au secteur

Concernant le traitement des plaintes qui n'ont pu être résolues par la médiation, il conviendrait de mener une réflexion sur les suites souhaitables à leur donner. Elles sont pour l'instant redirigées vers diverses instances selon leur nature.

Pour étayer cette réflexion, mentionnons l'exemple du canton de Vaud qui dispose de deux Commissions d'examen des plaintes, l'une pour les patients et l'autre pour les résidents. Les Commissions sont chargées de traiter les plaintes dont la médiation n'a pas pu aboutir. Elles se chargent également de la rédaction de rapports relatifs aux plaintes reçues et traitées chaque année, et publient également une série de recommandations.

3.2. Recommandations générales pour améliorer la fonction de médiation

A partir des suggestions formulées ci-dessus, il est nécessaire de réfléchir à la clarification et à l'articulation globale des missions associées à la mise en œuvre de la loi sur les droits du patient pour le secteur spécifique des personnes âgées en Belgique.

La formulation de ces recommandations prend la forme de « modèles » ou de pistes alternatifs. Il s'agit de synthétiser les orientations d'un travail de réflexivité, de clarification et d'optimisation qui peut se décliner sur les diverses fonctions susceptibles d'accompagner la mise en œuvre de la loi sur les droits du patient dans le secteur spécifique des patients âgés.

La complexité de la tâche consiste en effet à articuler des exigences contradictoires. D'une part, la nécessaire proximité des dispositifs et acteurs susceptibles d'accompagner et d'intervenir dans la mise en œuvre des droits d'une population fragilisée. Proximité qui accroît la visibilité, l'accessibilité, la disponibilité mais également la connaissance des spécificités des situations problématiques. D'autre part la nécessaire indépendance et neutralité de la fonction de médiation, requérant une formation, une reconnaissance et un contrôle appropriés de façon à garantir la qualité des interventions telles que voulue par la loi. Enfin une dernière exigence centrale est celle de la simplification des trajets requis par le patient et ses proches afin de s'informer sur ses droits et les ressources disponibles pour l'aider à les faire valoir.

Au terme de l'étude, il nous semble pertinent de raisonner en partant des dispositifs et des acteurs présents dans le secteur et en distinguant clairement trois types d'interventions. Les recommandations générales et, le cas échéant, les pistes alternatives s'articulent aux fonctions suivantes :

- La gestion interne des plaintes
- L'information, la réception et le tri des plaintes en externe
- La médiation des plaintes

La clarification des missions associées à chacune de ces fonctions ne pourra être menée à bien que si l'ensemble des acteurs et dispositifs impliqués travaille de concert. Il est donc impératif d'organiser la concertation entre les acteurs du secteur. Outre l'échange de bonnes pratiques, l'évitement des doubles emplois et des gaspillages, la concertation est requise en vue de cheminer vers une articulation efficace des dispositifs impliqués dans le secteur.

3.2.1. LA GESTION INTERNE DES PLAINTES

En ce qui concerne l'organisation de la gestion interne des plaintes au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées, les autorités régionales ont travaillé dans des directions distinctes.

En Flandre, une culture de gestion de la qualité a permis d'introduire de façon réglementaire la fonction du préposé aux plaintes et à la qualité au sein des MR et MRS.

Ce n'est pas le cas dans les autres régions où une réflexion pourrait être menée quant à l'apport que peut représenter pour le secteur une vision plus constructive de la « plainte ». Non plus la plainte en tant que dernier pallier avant l'intervention répressive de sanctions, mais en tant qu'indicateur et aiguillon permettant d'accroître la perception de la qualité des services et d'améliorer les prestations.

Dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées, la gestion des plaintes est effectuée en interne, et la médiation proprement dite relève à ce jour de la compétence des médiateurs du SMF.

En revanche, pour ce qui est du **secteur des soins à domicile**, le premier niveau de gestion des plaintes n'est pas clairement organisé.

Une fonction de gestion des plaintes pourrait être mise en place, en Flandre au niveau des *Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnggezondheidszorg* (SEL) et en Wallonie et Région Bruxelloise auprès des Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD). Le rapport « Gestion des plaintes et médiation en soins de santé » (FRB, 2010, p. 45) propose la mise en place de **points locaux de gestion des plaintes** à ces niveaux, pour le secteur ambulatoire. Nous retenons cette proposition pour les soins à domicile à destination des personnes âgées.

Synthèse :

- maintenir et renforcer le soutien au développement et au renforcement des dispositifs de gestion interne de plaintes au sein des établissements en vue d'une amélioration de la qualité de l'accueil et du respect des droits des résidents.
- créer des points locaux de gestion des plaintes à destination des usagers de services de soins à domicile.

3.2.2. L'INFORMATION, LA RECEPTION ET LE TRI DES PLAINTES

Il conviendrait de poursuivre l'effort de regroupement des forces du secteur autour de points de contacts uniques dans chaque région. Il faudrait que les horaires et les modalités d'accès de ces services soient ouverts et amples.

Dans le même temps, il importe de veiller à ce que les personnels appelés à occuper cette position d'interface soient formés et informés de l'ensemble des dispositifs et acteurs pertinents pour les appelants. Le travail de réception et de tri des demandes est particulièrement délicat et requiert des aptitudes et des exigences spécifiques.

Il faut donc envisager d'accompagner la formation des personnels des associations présentes dans le secteur afin qu'elles puissent répondre aux attentes qu'elles ont à honorer.

Une claire distinction doit être posée entre les fonctions de réception et de tri, d'une part, et les fonctions de médiation proprement dite, d'autre part.

Synthèse

- créer des points de contacts uniques pour l'information, la réception et le tri de l'ensemble des plaintes.
- s'assurer de la compétence des personnels et de la disponibilité des points de contact.
- distinguer clairement les missions des points de contacts de la fonction de médiation.

Options

- créer un point de contact unique pour l'ensemble des questions relatives aux soins (option du rapport de la FRB de 2010).
- créer un point de contact spécifique au secteur « personnes âgées » pour chaque région. Cette option nous semble la plus adéquate compte tenu du paysage associatif déjà actif dans le secteur (*Woonzorglijn*, Infor-Homes Bruxelles, Respect-Senior Wallonie) et compte tenu de l'ancrage de la législation en vigueur dans le secteur.

3.2.3. LA MÉDIATION PROPREMENT DITE

Avant tout il est nécessaire de rappeler l'importance de garantir le professionnalisme de cette fonction, en lui associant les exigences requises pour son bon déroulement. C'est le cas pour l'instant si ce n'est que les médiateurs du SMF ne peuvent à eux seuls assurer une disponibilité suffisante pour répondre aux demandes potentielles du secteur. Il y a là un premier obstacle important à la mise en œuvre de la fonction de médiation : son manque d'effectif auquel il convient de remédier.

Mais d'autres obstacles tiennent aux spécificités du secteur des soins aux personnes âgées.

Si le recours au SMF n'est pas à ce jour clairement identifiable par les résidents et leurs proches, et par les acteurs du secteur, cela ne tient pas uniquement à un manque de visibilité et à un déficit d'information. Nous devons considérer en particulier deux types de motifs.

Tout d'abord, la confusion provient du fait que **les logiques d'intervention** prônées par les instances régionales en charge de la réglementation du secteur, d'une part, et par le législateur fédéral, d'autre part, ne sont pas équivalentes. En simplifiant on pourrait dire que le niveau régional s'est organisé de façon autonome, en articulant une politique d'incitation à la gestion des plaintes en interne et une politique de veille, de contrôle et de réaction en externe. La médiation proprement dite n'a pas été intégrée à ce circuit. Le législateur fédéral invite quant à lui à considérer un moment intermédiaire de médiation, entre la gestion interne des plaintes et le traitement externe et formel de celles-ci.

A cela s'ajoute une seconde source de confusion, liée aux **types de droits qu'il convient de faire valoir**. Le secteur s'est organisé autour des droits du résident tandis que la loi fédérale se réfère aux droits du patient.

S'il faut pouvoir clarifier les dispositifs de recours offerts au secteur, il semble donc indispensable d'articuler ces deux logiques d'action et d'intervention.

L'obstacle le plus apparent est celui du partage des compétences entre État fédéral et entités fédérées. Toutefois, ces pluralités de logiques se constatent dans des pays qui ne rencontrent pas les mêmes difficultés institutionnelles. Ainsi, en France, où la normativité du secteur de l'hébergement ne répond pas aux mêmes logiques que celle du secteur des soins hospitalier. C'est bien la conjonction de plusieurs facteurs qui est source de complexité. Il s'agit donc de travailler à une articulation progressive des apports réciproques sans pour autant oublier les raisons qui ont motivé les orientations des choix de ces différents dispositifs.

Recommandations minimales au Service de médiation fédéral :

- renforcer l'équipe des médiateurs fédéraux de façon à être en mesure de répondre à un nombre plus important de sollicitations.
- élargir la prise en compte des plaintes à l'ensemble des plaintes relatives au soin, y compris celles portant sur des griefs organisationnels.
- établir un lien clair avec les points de contact qui sont à même de recueillir des plaintes dans le secteur.

Plusieurs options s'offrent au Service de médiation fédéral quant à l'organisation de la fonction au vu des spécificités du secteur

1. Un rattachement générique au pool des médiateurs fédéraux.
2. Un rattachement spécifique au secteur des personnes âgées.

D'autre part, la question de l'ancrage géographique et institutionnel de la fonction est également ouverte.

1. Un ancrage fédéral
2. Un ancrage régional
3. Un ancrage provincial, voir au niveau même des zones de soin

Au terme de l'étude, il semble que le rattachement spécifique de la fonction de médiation au secteur serait doublement pertinent. Afin de s'insérer dans un cadre législatif déjà complexe, d'une part ; et d'appuyer en même temps les autorités régionales qui pourraient ainsi envisager de développer des pratiques de médiation en lien avec les droits des résidents.

Il s'agirait dans ce cas de détacher des médiateurs spécifiques pour le secteur personnes âgées.

Il semble cohérent de travailler tant sur les droits des résidents que sur les droits du patient dans le cadre des soins pour les personnes âgées. Les médiateurs en charge de

ces publics gagneraient à s'inscrire clairement dans le secteur en prenant en charge les contentieux à la lisière de ces différents droits, d'une part ; en s'attachant à maîtriser la complexité tant institutionnelle que pratique de ce secteur, d'autre part.

La question est ouverte de savoir combien de médiateurs détacher et où les rattacher. Plusieurs possibilités ont été évoquées au cours de l'étude.

A minima il faudrait détacher 3 médiateurs spécifiques « Personnes âgées », auprès des institutions régionales ou des points de contacts régionaux identifiés du secteur (*Woonzorglijn* ; Infor-Homes Bruxelles ; Respect Seniors Wallonie).

Davantage de médiateurs spécifiques pourraient être dévolus à des aires géographiques plus restreintes, recoupant par exemple celles des plateformes santé mentale ou celles des Systèmes intégrés de soins à domicile.

3.3. Synthèse des recommandations

Nous reprenons à présent l'énoncé des principales recommandations qui ressortent de l'ensemble de l'étude. Les arguments sous-jacents sont développés dans le corps du rapport. Cette formulation synthétique vise à donner un aperçu des propositions saillantes de l'étude.

Afin d'évaluer le fonctionnement ciblé du service de médiation envers le public des personnes âgées, il semble pertinent de raisonner en partant des dispositifs et des acteurs présents dans le secteur et en distinguant clairement trois types d'interventions :

1. La gestion interne des plaintes
2. L'information, la réception et le tri des plaintes en externe
3. La médiation proprement dite

1. En ce qui concerne la gestion interne des plaintes, les principales recommandations sont les suivantes :

- distinguer clairement la gestion des plaintes de la médiation proprement dite.
- maintenir et renforcer le soutien au développement des dispositifs de gestion interne de plaintes au sein des établissements en vue d'une amélioration de la qualité de l'accueil et du respect des droits des résidents.
- créer des points locaux de gestion des plaintes à destination des personnes âgées recourant aux services de soins à domicile.

2. En ce qui concerne l'information, la réception et le tri des plaintes, les principales recommandations sont les suivantes :

- créer des points de contacts uniques pour l'information, la réception et le tri de l'ensemble des plaintes relatives aux droits des résidents et des patients du secteur.
- s'assurer de la compétence des personnels, de la confidentialité et de la disponibilité des points de contact.
- distinguer clairement les missions des points de contacts de la fonction de médiation.

Pour ce faire, les options identifiées sont les suivantes :

- créer un point de contact unique pour l'ensemble des questions relatives aux soins (option du rapport de la FRB de 2010).
- créer un point de contact spécifique au secteur « personnes âgées » pour chaque région. Cette option nous semble la plus adéquate compte tenu du paysage associatif déjà actif dans le secteur (Woonzorglijn, Infor-Homes Bruxelles, Respect Seniors Wallonie) et compte tenu de l'ancrage de la législation en vigueur dans le secteur.

3. En ce qui concerne la fonction de médiation proprement dite :

- distinguer clairement la fonction de médiation et réserver le terme de « médiation » à une pratique mise en œuvre par une personne dûment formée et diplômée pour ce faire, dont la pratique est contrôlée par des instances habilitées et rencontre des exigences professionnelles précises.
- garantir le professionnalisme de cette fonction pour le service de médiation relatif aux droits du patient, en lui associant les exigences requises pour son bon déroulement. L'option la plus plausible pour ce faire est de conserver l'ancrage de la fonction au SPF ou à l'autorité publique en charge de ces missions.
- renforcer l'équipe des médiateurs publics en charge du secteur des personnes âgées de façon à être en mesure de répondre à un nombre plus important de sollicitations.
- élargir la prise en compte des plaintes à l'ensemble des plaintes relatives au soin, y compris celles portant sur des griefs organisationnels.
- établir un lien clair avec les points de contact qui sont à même de recueillir des plaintes dans le secteur.
- établir des liens de collaborations constructives avec les autorités en charge de la législation relative à l'hébergement des personnes âgées et à la mise en œuvre des droits des résidents.

Pour ce faire, les modèles alternatifs identifiés sont les suivants :

1. Un rattachement générique au pool des médiateurs fédéraux ou à l'autorité publique en charge de ces missions.
2. Un rattachement spécifique au secteur des personnes âgées.

En ce qui concerne l'ancrage géographique et institutionnel de la fonction, les formules possibles sont les suivantes :

1. Un ancrage fédéral
2. Un ancrage régional
3. Un ancrage provincial, voir au niveau même des zones de soin.

Annexes

Annexe 1 – Guide d’entretien – Volet francophone

Introduction :

. explicitation de la problématique, réaction/sensibilité à la question de recherche selon l'expérience de la personne interrogée (position sociale)

Thèmes à explorer:

- . Connaissances et attitudes vis-à-vis de la loi Droits du patient (des partenaires du secteur, prestataires de soins, personnes âgées et leurs proches)
- . Connaissances de la fonction de médiation Dts du P, du service fédéral, opinion/évaluation quant à l'importance/l'utilité, à l'usage et l'efficacité de cette fonction
- . Dispositifs et procédures en matière de plaintes en MR-MRS (formels et informels), information des résidents
- . Opinion à l'égard de ces dispositifs, pertinence
- . Type d'insatisfactions et plaintes (distinction quant à celles liées aux prestations de soins et aux aspects organisationnels, à la qualité des soins et la qualité de vie)
- . Cheminement des plaintes
- . Difficultés rencontrées quant à l'expression, le recueil, la réception et le traitement des insatisfactions et plaintes (préciser selon type de plaintes), analyse
- . Effets de retour des plaintes sur les pratiques institutionnelles, prévention/réajustements
- . Problèmes rencontrés en matière de respect des droits des patients/résidents - les plus fragiles
- . Pistes de remédiation, pratiques mises en place et envisagées au niveau des MR-MRS
- . Suggestions par rapport à une fonction de médiation "efficace", (mieux) "adaptée" à la spécificité des résidents âgés (séjours de longue durée, vulnérabilité,...)
- . Discussion de différents scénarios, politique à privilégier vs à éviter, comparaison avec les secteurs hospitalier, santé mentale, ambulatoire; point de vue prospectif

Conclusion

- . Synthèse des difficultés liées à l'exercice d'une fonction de médiation au sein du secteur "soins aux personnes âgées" et des changements/améliorations à apporter
- . Suggestions de personnes-ressource à rencontrer

Annexe 2 – Bibliographie indicative

Ouvrages et articles consultés dans la phase préparatoire de l'étude

Articles et ouvrages

Argoud Dominique, Puijalon Bernadette, "Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux", *Gérontologie et société*, n°106, 2003, pp. 23-40.

Balard Frédéric, "Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe", Communication au 4ème colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Baranès William, Frison-Roche Marie-Anne, "L'autorité en droit", in Jeudy Henry-Pierre (ed.), *Tout négociateur. Masques et vertiges du compromis*, Paris, Éditions Autrement, n°163, avril 1996, pp. 45-65.

Ben Mrad Fathi, "Équité, neutralité, responsabilité. A propos des principes de la médiation", *Négociations*, 2006/1, n°5, pp. 51-65.

Ben Mrad Fathi, Marchal Hervé, Stébé Hervé (éds), *Penser la médiation*, Paris, L'Harmattan, 2008.

Ben Mrad Fathi, *Sociologie des pratiques de médiation. Entre principes et compétences*, Paris, L'Harmattan, 2002.

Bickerstaff Julie C., "Institutionnalisation des personnes âgées. Les représentations sociales et leurs impacts", *Revue canadienne de service social*, vol. 20, n°2, pp. 227-241.

Bertholet Florence, Mottet Cindy, "Les défis de la fonction de médiateur", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 35-42.

Bonafé-Schmitt, Jean-Pierre, "La médiation : une nouvelle forme d'action", in Faget Jacques (ed.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, pp. 63-77.

Bonnet Magalie, Minary Jean-Pierre, Fillon Léa, Galliot Fabien, "L'évaluation de la qualité de vie comme un facteur d'intégration des personnes âgées en institution", Communication au 4ème colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Boulad Monique, Lebeer Guy, "Entre principes et pratiques : les grands écarts de la loi relative aux droits du patient", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 26-32.

Brandého Daniel, "De quoi se plaignent-ils? Vers une "judiciarisation" des plaintes?", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 151-159.

Briant (de) Vincent, Palau Yves, *La médiation. Définitions, pratiques et perspectives*, Paris, Armand Colin, 2005.

Broucker Didier de, Delerue Maris, Poulain Claire, Jacquemain Dominique, "Enjeux cliniques et éthiques de la personne de confiance", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 43-47.

Bucher K, Lenoir E., Sury J.-Cl., *La médiation en gérontologie*, Documents CLEIRPPA, 2003/4, n°10, pp. 9-23.

Bungener Martine, "Une gestion des corps malades et vieillissants", in : Fassin Didier, Memmi Dominique, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, pp. 109-133.

Bungener Martine, "Susciter ou contenir : que faire des désirs singuliers des résidents âgés dépendants ?", *Sciences Sociales et Santé*, Juin 2011, vol. 29, n°2, pp. 75-82.

Cantelli Fabrizio, "Quel travail politique sur la plainte des patients ? Regards croisés sur les cas belge et québécois, *Actes du colloque international Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance* (Nice, 4 et 5 juin 2009), mis en ligne le 01 octobre 2010, <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=594>.

Cantelli Fabrizio, "La plainte comme un droit ? Médiation, politiques publiques et droits des patients", *Quaderni*, n°76, automne 2011.

Cantelli Fabrizio, "Temps fort du médiateur, temps mort d'une politique", *L'observatoire*, n°69, 2011, pp. 89-93.

Clément Michèle, Bolduc N., "Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire", in Saillant Francine, Clément Michèle (éds.), *Identité, vulnérabilité et communauté*, Montréal, Éditions Nota Bene, 2004, pp. 61-82.

Clément Michelle, Gagnon Éric, "La rencontre avec l'utilisateur comme sujet de droit : la mise en scène de sa parole dans le régime d'examen des plaintes", in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayez Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP, 2004, pp. 291-301.

Clément Michelle, Gagnon Éric, "The Québec complaint examination system: stakeholder perspectives on the purpose and intake of complaints", *Health Care Analysis*, 14, 2006, pp. 51-63.

Clément Michelle, Gagnon Éric, Deshaies Marie-Hélène, "Dignité et indignité de l'hébergement institutionnel ou de la dignité et de l'indignité en hébergement", in Institut d'éthique appliquée (U. Laval), ENAP (U. du Québec), Chaire d'éthique appliquée

de l'Université de Sherbrooke (sld.), *Éthique publique : Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, Éditions Liber, 2009, pp. 19-27.

Clément Michelle, Gagnon Éric, "Les droits des usagers des services de santé : le cas particulier des personnes âgées vivant en centre d'hébergement", Communication au 4^{ème} colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Clément Serge, "Qualités de vie de la vieillesse ordinaire", *Prévenir*, n°33, 2^è semestre, 1997, pp. 169-176.

Charpentier Michèle, *Vieillir en milieu d'hébergement. Le regard des résidents*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007.

De Broucker Didier, Delerue Maris, Poulian Claire, Jacquemin Dominique, "Enjeux cliniques et éthiques du recours à la personne de confiance", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 43-47.

Decelle, A., "La médiation des conflits entre familles et soignants", *Soins Gérontologie*, 2005/07-08, n°54, pp. 19-23.

Demoures G., "Soigner les patients atteints de démence en institution", *NPG-Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2003, n°15, pp. 34-38.

Derèse Marie-Noëlle, « La médiation dans le domaine des soins de santé. La notion de plaignant, l'indépendance du médiateur et la formation du médiateur. Situation en droits belge, néerlandais et français », in : Schamps Geneviève (éd.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 299-362.

Derèse Marie-Noëlle, « Mediation in the Belgian healthcare sector. Analysis of a particular issue: the material area of application of mediation », *Proceedings of the 18th World Congress on Medical Law*, Zagreb, World Association for Medical Law, 2010, pp. 1-11.

Droz Mendelzweig Marion, Bedin Maria Grazia, Chappuis Marianne, "La régulation en institution de long séjour. Un travail de soin et d'accompagnement auprès des personnes âgées", *Sciences sociales et Santé*, Vol. 29, n°2, Juin 2011, pp. 47-74.

Dumange Isabelle, "L'évolution des normes de qualité. De l'industrie à la gérontologie", *Cahier du Cleirppa*, n°34 (La qualité : dictature ou progrès ?), mai 2009.

Ennuyer Bernard, "Le droit des usagers", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 13-28.

Ennuyer Bernard, "Quand la dictature des normes tue l'essence même de la relation d'aide", *Cahier du Cleirppa*, n°34 (La qualité : dictature ou progrès?), mai 2009.

Faget Jacques, "Médiation et post-modernité. Légitimation ou transformation de l'action publique ?", *Négociations*, 2006/2, n°6, pp. 51-62.

Faget Jacques (ed.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 2005.

Frijters Dinnus, « A view on Quality of Care assurance in LTC in the Netherlands », London School of Economics and Political Science (LSE) meeting on "Measuring the Quality of Long Term Care Indicators", May 21, 2010.

Gagnon Éric, Clément Michelle, "L'hébergement et le langage des droits", in Hamelin-Brabant Louis, Bujold Louise, Vonarx Nicolas (éds), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. Rencontre à propos des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements*, Presses de l'Université Laval, Tome 2, 2010, pp. 297-313.

Gagnon Éric, Clément Michelle, Deshaies Marie-Hélène, Raizenne Emilie, « Espaces de parole, espaces publics ? Les comités de résidents en centre d'hébergement au Québec », Communication au 4^{ème} colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Gagnon Éric, Clément Michelle, "Parole de l'utilisateur. Audition et mise en ordre de la parole dans l'institution de la santé", in Saillant Francine, Clément Michèle (éds.), *Identité, vulnérabilité et communauté*, Montréal, Éditions Nota Bene, 2004.

Gibowski Carine, "Vécu institutionnel en Ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place", *Cliniques*, 2012/1, n°3, pp. 84-95.

Gucher Catherine, "Reconnaissance de l'expertise profane et accès à une position d'utilisateur-citoyen dans un contexte de compensation de la dépendance", Communication au 4^{ème} colloque international "Le droit de vieillir", REIACTIS, Dijon, 25-27 janvier 2012.

Guffens Caroline, "Autonomie et participation, même en MRS, c'est possible!", *Communication au colloque "Créativité et gérontologie"*, Haute École Roi Baudouin, Wépion, 29 novembre 2007, 8 pages.

Guillaume-Hofnung Michèle, *Droit des malades. Vers une démocratie sanitaire ?*, Paris, La Documentation française, n°885, 2003.

Guillaume-Hofnung Michèle, *La médiation*, Paris, PUF, 2009 (1^{ère} éd. 1995).

Hardy Jacques, "Les transformations du contrat médical", in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayez Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP, 2004, pp. 37-67.

Hélaridot Valentine, Membrado Monique, "Les univers hospitaliers en France : une impossible démocratisation ?", in Drulhe Marcel, Sicot François (éds), *La santé à cœur*

ouvert. *Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2011, pp. 207-230.

Ingwiller Sophie, Molinier Pascale, "'On ne va pas prendre les patients en otage'. Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gérontologie", *Travailler*, 2010/1, n°23, pp. 59-75.

Janvier R., Matho Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, 2004.

Jeudy Henri-Pierre, "Le tout-négociable", in Jeudy Henry-Pierre (ed.), *Tout négocié. Masques et vertiges du compromis*, Paris, Éditions Autrement, n°163, avril 1996, pp. 20-30.

Khodoss H., "Démocratie sanitaire et droits des usagers", *Revue Française des Affaires Sociales*, 2000, vol. 54, n°2, pp. 111-126.

Laé Jean-François, *L'instance de la plainte. Une histoire politique et juridique de la souffrance*, Paris, Descartes, 1996.

Lascoumes Pierre, "L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ?", *Politique et management public*, 15-2, 2007, pp. 129-144.

Lévy Cinthia, Jacob Colette, *La médiation et les conflits dans le secteur des soins de santé*, Pratiques du droit, n°32, Bruxelles, Kluwer, 2007.

Limousin Nicole, "Les droits des résidents en établissement : Le point de vue des personnes concernées", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 189-200.

Mackenney Stephen, Falberg Lars, *Protecting Patients' Rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare*, Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2004.

Maillard (de) Jacques, "La médiation sociale ou les avatars d'une catégorie d'action publique. Les agents de "médiation" en action, in Faget Jacques (éd.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, 187-199.

Maunier Sophie, *Faire respecter les droits des usagers en maison de retraite : enjeux et contraintes institutionnelles*, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social, Rennes, ENSP, 1998-1999.

Mérette Marguerite, « Le droit des usagers : un droit à reconnaître », *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 243-252.

Meurisse Marie-Françoise, "Les enjeux sous-jacents aux droits du patient", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 4-15.

Molinier Pascale, "Le respect des procédures peut-il nuire à la qualité du service rendu aux usagers?", *Cahier du Cleirppa*, n°34 (La qualité : dictature ou progrès ?), mai 2009, pp. 5-8.

Molinier Pascale, "Apprendre des aides-soignantes", *Gérontologie et sociétés*, 2010/2, n°133, pp. 133-144.

Moreno-Elgard Paloma, "Les services et les usagers. Entre droits, contraintes et opportunités", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 89-100.

Moutel Grégoire, *Médecins et patients. L'exercice de la démocratie sanitaire*, Paris, L'Harmattan, 2009.

Mulcahy Linda, *Disputing doctors. The socio-legal dynamics of complaints about medical care*, Maidenhead, Open University Press, 2003.

Munck (de) Jean, "Pluralisme des modèles de justice", in Garapon A., Salas D. (eds), *La justice des mineurs : évolution d'un modèle*, Paris-Bruxelles, LGDG-Bruylant, 1995, pp. 91-138.

Munck (de) Jean, "De la loi à la médiation" in Cohen D., Depardon R., Garapon A., *France. Les révolutions invisibles*, Paris, Calmann-Lévy, 1998.

Nettleton Sarah, Harding Geoff, «Protesting patients: a study of complaints submitted to a family health service authority», *Sociology of Health & Illness*, 16 (1), 1994, pp. 38-61.

Pelletier Christophe, "La normalisation au service des droits des usagers", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 215-223.

Périlleux Thomas, "L'évaluation gestionnaire de la qualité et le sens du travail du soin", *Ethica Clinica*, Évaluer la qualité des soins ?, n°59, 2010, pp. 4-17.

Planson Nadège, "La définition normative des résidents en maison de retraite et le travail de leurs personnels", *Sociétés Contemporaines*, 2000, n°40, pp. 77-97.

Ponchon F., *Les droits des patients à l'hôpital*, Paris, PUF, coll. "Que sais-je?", 2003.

Prévoit Julie, Weber Amandine, "Participation et choix des personnes âgées vivant en institution", *Retraite et société*, 2009/3, n°59, pp. 181-193.

Roelandt Micheline, "Quelques réflexions concernant l'éthique clinique à l'égard de patients "malades mentaux" et/ou assimilables", *Ethica Clinica*, n°62, 2011, pp. 14-21.

Routelous Christelle, "La modernisation du statut de l'usager, une démarche au carrefour du droit et de la qualité", in Tournay, V. (ed.), *Les nouvelles formes d'action publique en matière de santé*, Paris, PUF, 2007.

Routelous Christelle, *La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales : sociologie d'un modèle participatif en médecine*, Thèse de doctorat de socio-économie de

l'innovation de l'École Nationale Supérieure des Mines de Paris sous la co-direction de M. Akrich (CSI, ENSMP) et de N. Dodier (GHPM, EHESS), 2008.

Scodellaro Claire, "La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social", *Lien social et Politiques*, n°55, 2006, pp. 77-88.

Sorbets Claude, "Médiation(s) et politique(s) : effets spectaculaires à double sens", in Faget Jacques (éd.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, pp. 39-47.

Soulières Maryse, Charpentier Michèle, « Quel pouvoir pour les résidentes ? Le quotidien des femmes âgées en milieu d'hébergement », in Charpentier Michèle, Quéniart Anne, *Vieilles, et après ! Femmes, vieillissement et société*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2009, pp. 271-291.

Stébé Hervé, "Les métamorphoses de l'activité médiatrice. Quand la médiation tacite concurrence la médiation formelle", in Ben Mrad Fathi, Marchal Hervé, Stébé Hervé (éds), *Penser la médiation*, Paris, L'Harmattan, 2008, pp. 114-129.

Talpin Jean-Marc, "L'agé en institution, ses droits et l'inconscient", *Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pp. 135-149.

Terrier Gérard et al., "Connaissance de la loi relative aux droits des malades et de la fin de vie dans un CHU : enquête auprès des personnels", *Revue internationale de soins palliatifs*, 2012/ 1, vol. 27, pp. 13-18.

Vanormelingen Piet, "La gestion des plaintes de patients auprès des services de médiation", in : Schamps Geneviève (éd.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 251-257.

Vanormelingen Piet, Legrand Emmanuel, "Et si on s'écoutait ?", *Ethica Clinica*, Les droits du patient en question, n°48, 2007, pp. 33-34.

Vendeuvre I., "Le respect de la personne âgée en institution", *Soins Gérontologie*, 1999, n°16, pp. 38-41.

Verhaegen Marie-Noëlle, « La gestion de plaintes de patients auprès de services de médiation selon la loi relative aux droits du patient », in : Schamps Geneviève (éd.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Centre de droit médical et biomédical, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 259-297.

Volckrick Elisabeth, "Les dispositifs de médiation et la question du tiers. Vers une interprétation pragmatique du tiers", in Lebrun Jean-Pierre, Volckrick Elisabeth, *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?*, Toulouse, Erès, 2005, pp. 133-158.

Younès Carole, "La médiation et l'émergence du sujet", in Faget Jacques (ed.), *Médiation et action publique. La dynamique du fluide*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2005, pp. 49-61.

Rapports / actes - Situation belge

BSM Management et Medsoc (Bielen Frédéric), *Faciliter l'accès au service de médiation hospitalière*, Projet réalisé avec le soutien de la FRB, Janvier 2008, 39 pages.

CRIOC, *Médiation hospitalière : perceptions et attentes des patients*, Bruxelles, CRIOC, Décembre 2007, 33 pages.

CRIOC, *Médiation hospitalière : Le point de vue des médiateurs*, Bruxelles, CRIOC, Décembre 2008, 36 pages.

Fonction de médiation en santé mentale

- *Rapport commun des médiateurs attachés aux plates-formes de concertation en santé mentale wallonnes et bruxelloise*, Année 2008, 14 pages.

- *Rapport commun par les médiatrices et médiateurs attachés aux Plates-formes de Concertation pour la Santé mentale des Régions Wallonne et Bruxelloise*, Année 2009, 25 pages.

- *Rapport d'activité commun par les médiateurs attachés aux Plates-formes de concertation pour la santé mentale de la Wallonie et de Bruxelles-Capitale*, Année 2010, 25 pages

Fondation Roi Baudouin (Prof. Jacquerye Agnès, ULB), *Étude exploratoire de la médiation hospitalière*, Bruxelles, FRB, Décembre 2007, 133 pages.

Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Un bref état de la question en Belgique*, Bruxelles, FRB, 2009, 44 pages.

Fondation Roi Baudouin, *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Vers un nouveau système en Belgique*, Bruxelles, FRB, 2010, 71 pages.

Fontaine Laetitia, Jans Brigitte, *Enquête de satisfaction dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et soins - 2007*, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, Juin 2009, 184 pages.

Ghilbert Patricia, *Droits du patient en Maisons de Repos : État des lieux 2009 et pistes pour l'avenir*, Juin 2010, 47 pages (Rapport non publié).

Infor-Homes Bruxelles, Rapport d'activités 2010.

Infor-Homes Bruxelles, Rapport d'activités 2011, 75 pages.

Infor-Homes Bruxelles, Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maisons de Repos Bruxelloises 2011, 40 pages.

Plateforme de Concertation en Santé mentale Région Bruxelles-capitale, *Rapport d'activités 2010*, 68 pages.

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Commission fédérale "Droits du patient"

- *Rapport annuel 2009* (Hubert V.)

- *Rapport annuel 2008* (Hubert V.)

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Service de médiation fédérale "Droits du patient"

- Rapport annuel 2011

- Rapport annuel 2010

- Rapport annuel 2009

- Rapport annuel 2008

- Rapport annuel 2007

- Rapport annuel 2006

- Rapport annuel 2005

- Rapport annuel 2004 néerlandophone

- Rapport annuel 2004 francophone

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale Organisation des établissements de soins, Service Legal Management (Debreyne V.), *Données légales minimales dans les rapports annuels 2009 des médiateurs "Droits du patient" dans les hôpitaux et dans les plates-formes de concertation en santé mentale*, 14.09.2010, 20 pages.

Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale Organisation des établissements de soins, *Les particularités de la médiation "Droits du patient" et leurs implications dans les pratiques des médiateurs*, Journées d'étude organisées par le Fondation Roi Baudouin et le SPF Santé Publique (Bruxelles, vendredi 25 septembre et jeudi 1er octobre 2009), Abstracts des orateurs, 45 pages.

Législation

Arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale "Droits du patient" instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 13 mai 2003, pp. 88-92.

Arrêté royal du 27 janvier 2008 modifiant l'arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale "Droits du patient" instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 20 février 2008, 10700.

Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, 191 pages.
(http://socialsante.mrw.wallonie.be/cwass/Partie_decretale.pdf)

Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, publiée le 26.09.2002, entrée en vigueur le 6.10.2002 (Affaires sociales Santé publique et Environnement)

Service public de Wallonie, Département des Aînés et de la Famille, Direction des Aînés, *Réglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées en Wallonie*, DGO5, Coordination officieuse au 1/1/2011, 142 pages.

De Raad van State (13/03/2009) Decreet Woonzorgdecreet. *Belgisch Staatsblad*.

De Vlaamse Regering (30/07/2004). Besluit van de Vlaamse Regering houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen. *Belgisch Staatsblad*.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu(15/02/2007). — Koninklijk besluit houdende vaststelling van afwijkende regels met betrekking tot de vertegenwoordiging van de patiënt bij de uitoefening van het klachtrecht zoals bedoeld in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch Staatsblad*

Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (22/08/2002). Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *Belgisch Staatsblad*.

Avis

SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Direction générale de l'organisation des établissements de soin, Commission fédérale "Droits du patient",

- 2011-06-10, *Avis relatif à l'évaluation de la médiation et du fonctionnement de la fonction de médiation dans le secteur des soins de santé*, Réf CFDP/VH/RE/2011/2, 11 pages.

- 2009-06-12, *Avis relatif au règlement intérieur de la fonction de médiation dans les hôpitaux et les plates-formes de concertation en santé mentale*, Réf CFDP/MED, 15 pages.

- 2008-04-24, Avis relatif à la formation des médiateurs "Droits du patient" dans les hôpitaux et dans les plates-formes de concertation en santé mentale, Réf CFDP/MED, 3 pages.
- 2007-01-22, *Avis relatif à la position du médiateur dans l'hôpital et sa relation vis-à-vis du gestionnaire, de la direction et du médecin en chef*, Réf CFDP/A/MED/1, 13 pages.
- 2006-03-17, *L'élargissement des compétences du médiateur "droits du patient" dans le cadre d'une conférence interministérielle Santé publique*, Réf CFDP/MED/2,

Annexe 3 – Liste des abréviations

AFBAH : Association française pour la bienveillance des aînés et handicapés
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agences régionales de santé
BCMS : Bureau cantonal de médiation santé
CAAP : Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CHSLD : Centres d'hébergement et de soins de longue durée
COCOF : Commission communautaire française
COCOM : Commission communautaire commune
CP : Comité de participation ou conseil participatif
CPM : Centre pour la protection des malades
CQC : Care quality commission
CR : Conseil des résidents
CRA : Coördinerend en raadgevend arts
CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSSS : Centres de santé et de services sociaux
EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS : Etablissement médico-social
ETP : Equivalent temps plein
FOD : Federale overheidsdienst
FRB : Fondation Roi Baudouin
HAS : Haute autorité de santé
IAN : Interne afsprakennota
ICAS : Independant complaints advocacy service
INAMI Institut national d'assurance maladie invalidité
LUSS : Ligue des usagers en soins de santé
MCC : Médecin coordinateur et conseiller
MR : Maison de repos
MRS : Maison de repos et de soin
NHS : National health system
PALS : Patient advice and liaison service
RIZIV Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering
ROI : Règlement d'ordre intérieur
RPCU : Regroupement provincial des comités des usagers
RVT : Rust en verzorgingstehuis
RW : Région Wallonne
SEPAM : Service d'écoute pour personnes âgées maltraitées
SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie
SMF : Service de médiation fédéral
SPF : Services publics fédéraux
SPW : Service public de Wallonie
VGC : Vlaamse gemeenschapscommissie
WZC : Woonzorgcentrum

