



MME LHERITIER REVIENT DES URGENCES OÙ ELLE A ACCOMPAGNÉ SON MARI

Tout s'est passé si vite. Elle a pris place dans l'ambulance mais, arrivée aux urgences, elle n'a pas pu dire un mot : quelqu'un a dit « c'est une vraie urgence, on se bouge ! », et on a tout de suite emmené son mari dans un box ! Interdiction d'entrer. Les soignants s'affairaient, entraient et sortaient sans lui adresser la parole, elle « captait » des bribes de phrases (« scanner », « réanimation »). Elle a voulu poser des questions, mais on lui a dit que le médecin viendrait lui parler après.

Quand Mme Lhéritier a pu voir son mari, il était bardé de tuyaux ; une infirmière faisait une prise de sang et avait l'air de mal s'y prendre car, bien qu'à demi inconscient, son mari geignait et s'agitait. Elle s'est énervée et a dit à l'infirmière de « laisser sa place à une autre », cette dernière lui a alors sèchement répondu qu'on ne choisissait pas plus ses soignants que ses maladies, qu'elle pouvait être polie et que les patients avaient aussi des devoirs, pas que des droits ! Mme Lhéritier a voulu parler au médecin mais il était déjà reparti voir un autre malade : on lui a dit d'attendre son retour. Et elle a attendu, presque une heure, avant que le médecin ne réapparaisse pour signer les papiers du transfert de son mari qu'on avait déjà emmené « au scanner ». C'est en remplissant ces papiers qu'il lui a donné quelques informations. Gentiment, mais si vite !

Et tout s'est mélangé avec ce que lui disait la surveillante (elle avait fini par pouvoir lire ce mot sur son badge) : « probable accident vasculaire », « est-ce qu'il avait de l'hypertension ? », « vous avez sa carte Vitale ? », « il va avoir un scanner et il va en réanimation », « il faudra lui ramener quelques affaires et aller signer les papiers pour l'admission », « on ne peut encore rien dire », « vous avez le nom de son médecin traitant ? Il a oublié de donner la prescription pour l'ambulancier » ; « en réanimation, on vous dira... ».

- p.52 **A** Les urgences sont-elles obligées de prendre en charge M. Lhéritier à son arrivée ?
- p.54 **B** Mme Lhéritier avait-elle le droit de demander que l'infirmière soit remplacée par une autre ? Les patients ont-ils des devoirs, en contrepartie de leurs droits ? Et lesquels ?
- p.59 **C** Quand il y a urgence, les droits des malades sont-ils suspendus ou réduits ? Quelle est la place de l'entourage dans ces situations ?

Les éléments de réponse (références des textes applicables)

Code de la Santé publique : arts. L. 1111-2, art. L. 1111-3, L. 1111-4, art. L. 1111-5, L. 1111-7. Code de la Santé publique, partie législative : art. L. 1110-1, art. L. 1110-3, art. L. 1110-5, art. L. 1111-1, art. L. 1111-2, art. L. 1111-4, art. L. 1111-12.
Charte de la personne hospitalisée, 2006

A Les urgences sont-elles obligées de prendre en charge M. Lhéritier à son arrivée ?

M. Lhéritier arrive aux urgences d'un hôpital public (CHU – centre hospitalier universitaire), sur lequel pèse une obligation d'accueil particulièrement large : obligation d'accueil à toute heure, et si le service des urgences ne peut pas procéder à l'admission d'une personne dont l'état de santé exige une hospitalisation, il doit tout mettre en œuvre pour assurer son admission dans un autre établissement de santé et procéder à son transfert dans l'établissement qui peut accueillir le patient.

Il s'agit ici d'une situation d'urgence médicale, définie comme impliquant des soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne (risque de séquelles ou de récurrence rapprochée, etc.). L'appréciation de l'urgence (médicale) d'une situation est un diagnostic médical, au cas par cas. Ce qui signifie qu'avant toute chose le service d'urgence se doit d'évaluer médicalement la situation d'une personne qui se présente.

Le commentaire entendu par Mme Lhéritier est sans doute une simple appréciation subjective et rapide de la situation de son mari par le pro-

fessionnel qui l'examine en premier, commentaire à voix haute qui vise à alerter les collègues soignants et les inciter à agir rapidement.



L'OBLIGATION D'ACCUEIL DES HÔPITAUX (CHARTRE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE, 2006)

Pour tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés :

« Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination, que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de sa famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques.

Tout établissement doté d'un service d'accueil et de traitement des urgen-

ces, qui se trouve dans l'incapacité de procéder à l'admission d'une personne dont l'état de santé exige une hospitalisation en urgence, doit tout mettre en œuvre pour assurer son admission dans un autre établissement.

Il est également interdit de refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la CMU-complémentaire ou de l'Aide médicale d'État.



Par ailleurs, la loi HPST du 21 juillet 2009 précise les missions de service public pouvant être assurées en tout ou partie par les établissements de santé :

- La permanence des soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et

- postuniversitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'Entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-

médico-judiciaires de sûreté.

Pour le service public hospitalier :

« L'accueil des personnes s'effectue de jour comme de nuit, éventuellement en urgence. L'accès au service public hospitalier est garanti aux personnes les plus démunies. Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'Etat sont prises en charge au sein des établissements de santé publics et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier, pour les soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux. Dans ce but, les établissements doivent mettre en place une permanence d'accès aux soins de santé qui aide les personnes dans leurs démarches administratives et sociales afin de garantir leur accès à la prévention, aux soins et au suivi médical à l'hôpital et dans les réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

L'assistante sociale ou, à défaut, le cadre de santé est à la disposition

des personnes malades, de leur famille ou à défaut de leurs proches pour les aider à résoudre leurs difficultés personnelles, familiales, administratives ou matérielles résultant de leur hospitalisation. »



B Mme Lhéritier avait-elle le droit de demander que l'infirmière soit remplacée par une autre ? Les patients ont-ils des devoirs en contrepartie de leurs droits ? Et lesquels ?

Mme Lhéritier ne peut pas exiger ce remplacement dans la situation

décrite, même si elle peut légitimement manifester son mécontentement sur la façon dont les soins semblent être donnés à son mari inconscient (ici : geste douloureux). En effet, son mari est soigné par l'hôpital et il est en relation avec lui : on dit qu'il est « usager du service public ».

Le libre choix dont dispose la personne soignée concerne l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge. Il ne peut être fait obstacle à ce libre choix que si l'établissement n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge appropriée à son état ou s'il ne dispose pas de la place disponible pour la recevoir. Ainsi ce choix doit-il se concilier avec les contraintes liées à l'urgence, l'organisation du service ou la délivrance des soins.

Les professionnels de santé intervenant à l'hôpital public sont des agents du service public et, à ce titre, assument les missions de l'hôpital qui les emploie. Ils n'ont donc pas de liens juridiques avec les personnes soignées (à la différence des praticiens en exercice libéral), qui ne peuvent alors ni choisir, ni « récuser » « leurs » soignants.

Cette absence de choix est une caractéristique de tous les services publics (ainsi, on ne choisit pas son percepteur ou son facteur...)

DROITS & DEVOIRS

et a pour corollaire l'obligation de l'hôpital d'accueillir toute personne nécessitant des soins (même hors contexte d'urgence).

Cependant, cela n'empêche pas, dans la mesure du possible, notamment lorsque les soins sont programmés (consultation externe dans un hôpital, hospitalisation programmée...), de « choisir » le praticien ou le service dans lequel auront lieu les soins. Mais cette demande que l'hôpital doit faciliter ne constitue pas un droit pour le patient.

Pour autant, le contexte d'urgence, lourd de « stress » pour les professionnels comme pour les usagers (ce qui peut expliquer une rapidité d'exécution et une économie de paroles) n'autorise pas les professionnels de santé à se départir d'une attitude courtoise compréhensive de « l'angoisse » des personnes...

Quant aux « devoirs » des patients, souvent mis en avant par les professionnels de santé qui se voient opposer un droit, c'est une manière détournée d'en contester l'existence (cf. le « Zoom » plus loin, « Les droits ne sont pas accordés en contrepartie de devoirs »).



ZOOM

L'IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS

Lorsqu'on est hospitalisé et qu'une personne en blouse (blanche le plus souvent) entre dans notre chambre, il n'est pas toujours facile de savoir à qui l'on a affaire. Et en situation d'urgence, quand une équipe entière s'affaire autour d'un de vos proches, que dire ?!

Les professionnels et les hôpitaux n'ont pas d'obligation en la matière, toutefois cela fait partie de leurs recommandations professionnelles que d'être facilement identifiables par les usagers. Or, force est de constater que les établissements de santé sont souvent loin du compte (de plus, les supports ne sont pas les mêmes d'un hôpital à l'autre) : étiquette à même la blouse, badge peu lisible ou qualification des soignants indiquée par sigle (il faut pouvoir comprendre que PH veut dire médecin praticien hospitalier, IDE infirmier diplômé d'État...) ou par la couleur du badge, voire de la blouse...

CONSEIL



Dans une telle situation, où sa présence en tant que proche du patient risque d'ajouter au stress de l'équipe soignante, Mme Lhéritier aurait pu tenter de s'adresser à un cadre de santé ou à la surveillante du service (plutôt que directement mettre en cause l'infirmière qui prodiguait les soins) afin que celle-ci évalue la situation « de l'extérieur » et, le cas échéant, propose une alternative. Encore faut-il pouvoir identifier qui est qui dans un service d'urgence – mais rien n'interdit de demander « qui est qui » aux personnes qui semblent moins affairées que d'autres.



POUR ALLER + LOIN !

SIGNIFICATION DES SIGLES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Plus de 150 métiers sont exercés ensemble au sein de l'hôpital. Cette diversité de compétences constitue une assurance de qualité et de sécurité. Plusieurs équipes différentes composent le service hospitalier. Chacun de vos interlocuteurs a un rôle défini et complémentaire.

Voici la signification de certains sigles relatifs aux professionnels de santé et le descriptif de quelques-uns d'entre eux :

IDEES	Infirmiers diplômés d'État expertise en soins
IDE	Infirmier diplômé d'État
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
PDS	Permanence des soins
PH	Praticien hospitalier
PS	Professionnels de santé
PSPH	Participant au service public hospitalier
PA	Personnel administratif
PT	Personnel technique
PATT	Praticien attaché
PU-PH	Professeur des universités - praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - praticien hospitalier

Équipe médicale

Le chef de service est le responsable de l'organisation générale du service et des traitements médicaux qui y sont dispensés. Il est assisté d'un ou plusieurs médecins : professeurs des universités, maîtres de conférences des universités, praticiens hospitaliers.

L'interne est un médecin en formation générale ou spécialisée. Il vous examine tous les jours pendant la visite et chaque fois que votre état de santé le nécessite.

Les attachés sont des médecins de ville qui travaillent à temps partiel à l'hôpital, en assurant des consultations ou en pratiquant certains examens.

Équipe soignante

Le cadre supérieur infirmier, collaborateur du chef de service, coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers dans lequel vous êtes hospitalisé. Il est assisté de cadres infirmiers à qui vous pouvez vous adresser pour tout ce qui concerne les soins et le déroulement de votre séjour.

Les infirmier(ère)s dispensent non seulement les soins et les traitements prescrits par le médecin, mais aussi exercent une surveillance constante et peuvent vous donner des conseils relatifs à votre santé. Les aides-soignant(e)s accompa-

gnent les infirmier(ère)s lors des soins qui répondent à vos besoins essentiels : repas, toilette, confort, et prennent soin de votre environnement.

Les agents hospitaliers contribuent à votre confort et vous accompagnent pour les consultations ou examens hors du service, si besoin est.

gories de droits, ceux de la « personne » et ceux des « usagers » : les premiers sont les droits fondamentaux de la personne, considérés comme particulièrement importants dans un contexte de plus grande vulnérabilité liée à la maladie ; les seconds sont reconnus à la personne dans sa relation avec les professionnels de santé en tant qu'utilisateur de leurs services, pour lui donner les moyens de prendre en connaissance de cause les décisions concernant sa santé.

Tout droit étant une prérogative positive reconnue par la loi à son titulaire, dans son intérêt, restreint d'autant la liberté de celui à qui il est opposé, sur lequel pèse une obligation.

Le bénéficiaire du droit paraît donc favorisé ; aussi la critique la plus fréquemment avancée serait qu'il est anormal d'être titulaire de droits sans avoir en contrepartie des devoirs.

Or cette affirmation, si on la suivait, aurait pour effet de vider chaque droit de son contenu, puisque la prérogative qu'il confère impose une obligation à celui à qui il est opposable. Ainsi, par exemple, le droit de tout patient d'être informé avant toute prise de décision fait peser une obligation corrélative au contenu précis sur le professionnel de santé. Et le patient peut demander l'ap-

plication de son droit, sans que le professionnel puisse lui imposer une contrepartie quelconque. D'ailleurs, quelle serait en l'espèce l'obligation pour le patient ?



Pendant, affirmer qu'un droit fait peser une obligation sur celui à qui il est opposable, et non pas sur son titulaire, ne signifie pas que la personne malade n'ait par ailleurs aucune obligation. C'est ainsi, par exemple, que tout patient hospitalisé dans un établissement public et ses visiteurs « ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services », sachant que « lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur ». De même, « les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments ».

Enfin, le fait d'être titulaire d'un droit n'a jamais dispensé quiconque d'être

courtois avec autrui ; mais il ne faut pas confondre règles de politesse ou règles morales et règles légales.

Pour ces raisons, il est indispensable que les représentants des usagers ne se laissent pas enfermer dans la rhétorique trompeuse des « droits et devoirs » qui n'a que pour seule finalité de remettre en cause la légitimité des droits pour lesquels nos associations se sont battues.

C Quand il y a urgence, les droits des malades sont-ils suspendus ou réduits ? Quelle est la place de l'entourage dans ces situations ?

L'urgence (médicale) ne remet pas en cause les droits des personnes, car les droits ni ne se « perdent », ni ne sont suspendus. C'est leur exercice concret, qui, en revanche, est modifié, notamment dans le cas où la personne n'est pas en mesure de s'exprimer, et cela quelle qu'en soit la raison (ceci étant valable dans tous les domaines de la vie sociale et pour toutes les catégories de droits). Ainsi, par exemple, s'agissant du droit d'être informé, lorsque la personne n'est pas en état de l'exercer, corrélativement tout professionnel de santé est dispensé de son obligation d'information. La loi prévoit deux situations : l'urgence ou l'impossibilité d'informer, cette hypo-

ZOOM

LES DROITS NE SONT PAS ACCORDÉS EN CONTREPARTIE DE DEVOIRS

L'idée que les droits de la personne malade se « mériteraient » et n'existeraient qu'en contrepartie de « devoirs » est encore bien trop souvent véhiculée ! Or il n'en est rien.

La loi du 4 mars 2002, en reconnaissant des droits à la personne malade, confirme sa qualité de *sujet de droits* même en situation de fragilité qui ne saurait être considéré comme un *objet de soins*. La reconnaissance de droits lui permet d'être un acteur du système de santé car pour être « acteur », il est nécessaire que la personne malade usager du système de santé ait des prérogatives qu'elle puisse exercer.

La loi distingue deux grandes caté-

thèse recouvrant pour l'essentiel des situations de perte de conscience (coma, anesthésie...).



Dans une telle situation, la personne ne pouvant pas exprimer sa volonté n'est en mesure ni d'indiquer ses choix, ni de donner son consentement sans lequel aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué ; aussi la loi prévoit-elle qu'« aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sans que la personne de confiance [...] ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté » et, là encore, sauf « urgence ou impossibilité ».

Ici, bien qu'il s'agisse d'une urgence, M. Lhéritier est hospitalisé et son épouse est à son chevet ; il est donc possible de la consulter, ce qu'aussi bien le médecin urgentiste que les autres professionnels de santé ont l'obligation de faire. En revanche, s'il avait fait un malaise sur la voie publique, c'est la préoccupation de sauvegarder sa vie qui aurait

prédominé, sans avoir à rechercher un proche pour le consulter avant d'entreprendre des soins.



EN FIN DE VIE (PHASE AVANCÉE OU TERMINALE D'UNE AFFECTION GRAVE OU INCURABLE)

Les décisions de soins, tels qu'investigations, interventions ou traitements (art. L. 1111-12 du CSP) sont prises après consultation de la personne de confiance dont l'avis prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, lorsque la personne malade les a rédigées.

Les décisions de limitation ou d'arrêt d'un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de la personne malade, en cas de phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (art. L. 1111-13 al. 1 du CSP), sont prises après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de Déontologie médicale (art. R4127-37 du CSP). Celle-ci peut être décidée par le médecin ; par ailleurs, il est tenu de la déclencher au vu des directives anticipées ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Toutes ces personnes sont

informées, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

Dans le cadre de cette procédure, la décision éventuelle d'arrêt ou de limitation des soins est prise par le médecin en charge du patient en tenant compte des souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans les directives anticipées ainsi que de l'avis de la personne de confiance, de celui de la famille ou, à défaut, de celui de l'un de ses proches.

Il est possible d'établir des directives anticipées (article L1111-11 du CSP) qui pourront être utilisées le jour ou la personne concernée serait dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté. Sont contenus dans le document précisant ces directives, les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt du traitement. Ces directives sont révoquables à tout moment. Pour qu'elles soient valables, il faut qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne.



POUR ALLER + LOIN !

JUSQU'À OÙ LE MÉDECIN DOIT-IL RESPECTER LE REFUS DE LA PERSONNE MALADE D'ÊTRE SOIGNÉE ?

La loi du 4 mars 2002 postule que l'usager prend les décisions le concernant avec le professionnel de santé, ce qui suppose donc un accord entre eux. Mais il reste des situations où cet accord n'est pas possible. En pratique, c'est lorsqu'il y a urgence ou mise en danger de la vie de l'usager (notamment par son refus des soins proposés) que ces questions se posent, sans que pour autant le patient soit en fin de vie.

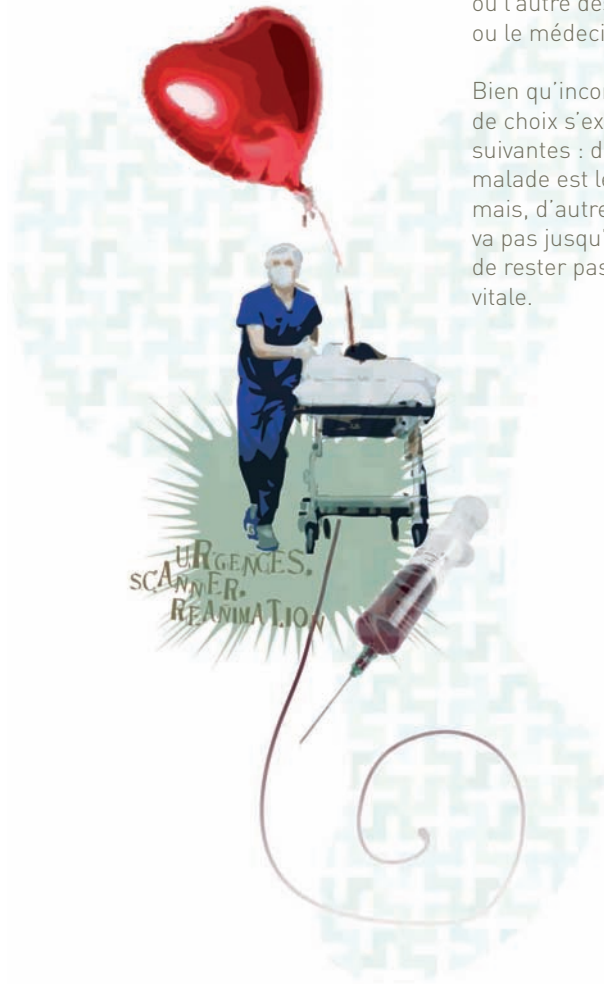


Dans ces situations, les règles adoptées ne permettent pas de savoir clairement qui l'emporte de la personne malade ou du médecin.

Contrairement à ce qui est parfois avancé, ce n'est pas l'opposition entre la non-assistance à personne en péril (code pénal 223-6) et le respect du refus du malade qui est en cause. C'est en fait l'opposition entre ce respect et l'appréciation que fait le médecin de la situation du malade et les conclusions qu'il en tire en termes de nécessité d'entreprendre des soins. Si la rédaction des textes

(L. 1111-4 du CSP) peut apparaître ambiguë, c'est parce qu'ils ne font pas prévaloir le point de vue de l'un ou l'autre des partenaires, le malade ou le médecin.

Bien qu'inconfortable, cette absence de choix s'explique par les raisons suivantes : d'une part, la volonté du malade est le moteur de la décision mais, d'autre part, le législateur ne va pas jusqu'à imposer au médecin de rester passif en cas d'urgence vitale.



Deux arrêts du Conseil d'Etat, touchant à la situation particulière de témoins de Jéhovah, l'un rendu avant la loi du 4 mars 2002 et l'autre après, ont proposé des solutions qui ménagent la volonté de la personne et la protection de sa vie :

→ Le premier (Conseil d'Etat, 26 octobre 2001, Senanayake) a été rendu dans le cadre d'une action en responsabilité intentée contre un hôpital public pour défaut de respect de la volonté du malade de ne pas se voir administrer des produits sanguins ; il a été estimé qu'en raison de la gravité de l'anémie dont souffrait le patient, le recours aux transfusions sanguines s'est imposé comme le seul traitement susceptible de sauver sa vie et que le service hospitalier n'a pas commis de faute alors que le patient a été en mesure d'exprimer sa volonté.

→ Le second (Conseil d'Etat, 16 août 2002, Feuillatey) s'est prononcé sur une demande d'injonction de cesser les soins d'une patiente qui refusait, quelles que soient les circonstances, l'administration de tout produit sanguin ; le Conseil d'Etat a considéré que « le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale », mais il a estimé que « toutefois les médecins ne portent

pas à cette liberté fondamentale, une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ».

Il a cependant précisé « qu'il incombe au préalable aux médecins du centre hospitalier d'une part de tout mettre en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part de s'assurer que le recours à une transfusion soit un acte indispensable à la survie de l'intéressée et proportionné à son état ».