
Décision du Défenseur des droits n°2021-085

La Défenseure des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu la loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n° 2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le Code civil ;

Vu la loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008 relative à la législation funéraire ;

Saisie par Madame X qui dénonce, d'une part, les conditions de prise en charge de sa mère, Madame Y, résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le jour de son décès ainsi que les conditions de présentation de son corps à la famille et, d'autre part, des incohérences concernant le suivi médicamenteux de sa mère et la tenue du dossier médical ;

Constata le non-respect des dispositions relatives à la dignité du corps humain, à la traçabilité des soins, au formalisme des ordonnances et à la déontologie des professionnels de santé ;

Prend acte de la mise en œuvre d'une réflexion interne relative aux conditions de présentation du corps du défunt à la famille, du rappel des bonnes pratiques relatives à la conduite à tenir en cas de décès d'un résident et de l'engagement de l'établissement à prendre des mesures correctives afin d'améliorer les conditions de présentation et d'éviter de nouveaux dysfonctionnements ;

Recommande à la direction de l'EHPAD T de :

- prendre toutes les mesures utiles de nature à garantir la dignité de la personne humaine, y compris postérieurement à son décès ;
- modifier le mode opératoire relatif à la conduite à tenir en cas de décès d'un résident pour y inclure l'annonce du décès aux proches et les modalités d'accueil de la famille et de présentation du corps ;
- former le personnel de l'établissement à la conduite à tenir en cas de décès d'un résident ;
- sensibiliser le personnel soignant à l'importance de la traçabilité des soins ;
- établir un protocole à suivre lors de la survenue d'une fin de prise en charge d'un résident par son médecin traitant afin, d'une part, d'accélérer la traçabilité de cette information au dossier médical du patient et l'information des personnels de santé en charge du soin de cette personne et, d'autre part, d'informer le résident, et, le cas échéant, ses proches sur le rôle du médecin coordonnateur, la nécessité d'avoir un médecin traitant et, si nécessaire, de l'accompagner dans ses démarches afin de trouver un nouveau médecin-traitant ;
- revoir le processus de prescription et d'administration des médicaments et former le personnel à ces questions ;
- établir un protocole relatif à la conduite à tenir afin que le suivi médical du résident soit assuré en cas de changement de médecin traitant ;

Demande à l'EHPAD T de rendre compte des suites données aux recommandations ci-dessus dans un délai de six mois à compter de la date de notification de la présente décision et de communiquer à la Défenseure des droits les nouvelles procédures et conditions d'encadrement mises en place ;

Recommande au centre hospitalier de B de :

- prendre toutes les mesures utiles de nature à garantir la dignité de la personne humaine, y compris postérieurement à son décès ;
- réaliser, dans les plus brefs délais, un audit portant sur la dispensation des médicaments par la pharmacie à usage intérieur du centre hospitalier de B et à destination des personnes résidant au sein de l'EHPAD T ;
- clarifier le vocabulaire et la forme des documents à usage interne, en particulier des relevés de prescriptions, afin de les distinguer des ordonnances de prescription médicale ;

Demande au centre hospitalier de B de rendre compte des suites données aux recommandations ci-dessus dans un délai de six mois à compter de la date de notification de la présente décision ;

Recommande à l'agence régionale de santé (ARS) de mener une visite inopinée au sein de l'EHPAD afin de contrôler le respect du cadre juridique relatif à la traçabilité des soins, au

formalisme des prescriptions médicales et à la mise en œuvre des mesures propres à respecter la dignité du défunt, notamment lors de la présentation du corps à la famille, et d'en rendre compte à la Défenseure des droits au cours du premier trimestre de l'année 2022 ;

Décide de transmettre cette décision au Conseil national et au conseil départemental de l'Ordre des médecins, à l'Ordre national des pharmaciens ainsi qu'à Madame X.

Claire HÉDON

Recommandations dans le cadre de l'article 25 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits

I. Rappel des faits

1. La Défenseure des droits a été saisie de la réclamation de Madame X concernant la qualité de la prise en charge de sa mère, Madame Y, décédée le 5 avril 2017 au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) T et dont l'organisme gestionnaire est le centre hospitalier de B.
2. Madame X soutient que sa mère a été laissée seule dans sa chambre durant trois heures le matin de son décès, sans assistance, alors que l'équipe soignante était au fait que la résidente avait vomi et que sa tension était de « 7/4 » à 5 heures. Elle aurait également constaté plusieurs incohérences dans la fiche d'observation rédigée le jour du décès par la médecin coordonnatrice, notamment la mention que sa mère se serait levée pour prendre son petit-déjeuner et aurait été « *recouchée* », ce qui ne semble pas possible pour la réclamante en raison de l'état de santé de sa mère.
3. Elle dénonce le fait d'avoir retrouvé, à son arrivée à l'EHPAD, le corps de sa mère dénudé et sans son dentier, dans son lit. Elle précise que le corps de sa mère aurait été transporté dans une housse sans que la toilette mortuaire n'ait été effectuée.
4. Enfin, Madame X indique enfin que la lecture du dossier médical de sa mère met en évidence que de nombreuses prescriptions de produits de santé auraient été effectuées sans avoir été signées par un médecin et sans consultation médicale préalable de la patiente. De plus, le nom du médecin traitant ayant assumé le suivi médical de Madame Y jusqu'au 20 octobre 2016, est mentionné jusqu'au 3 février 2017 sur des documents appelés « *ordonnances* ». Certains de ces documents ne sont signés par aucun praticien.
5. Dans le cadre de ses démarches préalables, la réclamante a fait part de ses griefs au centre hospitalier de B, à la direction de l'EHPAD, au préfet ainsi qu'au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

II. Instruction du Défenseur des droits

6. Par courrier du 14 mars 2019, le Défenseur des droits a interrogé la direction du centre hospitalier de B sur les circonstances du décès de Madame Y, les conditions de la présentation de son corps, les modalités concernant la prescription, la délivrance et l'administration des médicaments aux patients ainsi que le renouvellement de leurs ordonnances.
7. Par courrier en réponse daté du 16 avril 2019, le directeur du site de l'EHPAD T a transmis différents éléments de réponse à la réclamation de Madame X ainsi que des pièces relatives aux procédures de gestion au sein de l'établissement et des copies d'échanges avec d'autres services de l'EHPAD.
8. Par courrier du 14 mai 2019, le Défenseur des droits a demandé des informations complémentaires à la direction générale du centre hospitalier et a réitéré sa demande d'explications concernant la présentation du corps de la défunte à sa famille.
9. Enfin, le Défenseur des droits a demandé la communication des « *ordonnances* » et interrogé la direction sur les raisons de la mention de l'ancien médecin traitant de

Madame Y sur ces « *ordonnances* » ainsi que sur les modalités de prise en charge médicale des personnes n'ayant plus de médecin traitant.

10. Par courrier daté du 13 juin 2019, le directeur de l'EHPAD a communiqué de nouveaux éléments de réponse.

11. Par courrier daté du 19 décembre 2019, le Défenseur des droits a adressé à l'établissement une note récapitulative à laquelle le directeur de l'EHPAD a répondu le 24 janvier 2020.

III. Cadre juridique

12. En application de l'article 4 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011, le Défenseur des droits est notamment chargé de défendre les droits et libertés des usagers des administrations de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics et des organismes investis d'une mission de service public et de lutter contre les discriminations.

a) Sur le respect du corps du défunt et les modalités de présentation du corps à la famille

13. Le Conseil d'Etat, par un arrêt du 2 juillet 1993 rendu en assemblée, a jugé que « *les principes déontologiques fondamentaux relatifs au respect de la personne humaine, qui s'imposent au médecin dans ses rapports avec son patient, ne cessent de s'appliquer avec la mort de celui-ci* »¹.

14. La loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008 a consacré cette jurisprudence dans l'article 16-1-1 du Code civil qui dispose que « *le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort* ».

15. Dans le cadre du document d'appui « *Accompagner la fin de vie des personnes âgées – Recommandations de bonnes pratiques professionnelles* »², l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) indique que « *la toilette mortuaire est un soin au cours duquel le respect de la dignité du défunt va permettre de donner une image plus "supportable" à sa famille. La toilette est un geste qui s'intègre dans la continuité du soin. Elle est à différencier de la toilette réalisée dans la chambre mortuaire* ».

16. En matière médicale, le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 12 janvier 2005³, a considéré que l'inobservation de recommandations professionnelles justifiait le prononcé de sanctions déontologiques.

17. Dans son rapport « *La mort à l'hôpital* »⁴, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) énonce les différentes pratiques relatives à l'habillement du patient décédé ainsi qu'à la réalisation de la toilette mortuaire.

18. L'IGAS relève que « *le décès proprement dit est à l'origine de trois types d'intervention pour le personnel médical et soignant des services* ». A ce titre, « *le décès nécessite la réalisation de tâches spécifiques, la toilette mortuaire (qui dure à peu près une demi-heure) et, le cas échéant, le retrait du pacemaker pour éviter que la pile n'explose en cas d'incinération* ».

¹ Conseil d'Etat, Assemblée, 2 juillet 1993, 124960, publié au recueil Lebon.

² Document d'appui. RBPP « *Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile et en établissement* ». Décembre 2016.

³ Conseil d'Etat, 12 janvier 2005, req. n° 25600.

⁴ IGAS RM2009-124P. Rapport « *La mort à l'hôpital* ». Tome I. Etabli par Dr LALANDE et M.VEBER, novembre 2009.

19. Le rapport précise que la toilette ainsi que l'habillement sont réalisés par les infirmiers diplômés d'Etat dans les services hospitaliers. Le temps médical consacré à cette prise en charge est estimé à 40 minutes, quelle que soit la soudaineté du décès.

20. En outre, l'IGAS ajoute que « *la présentation du corps aux proches (...) constitue un moment crucial. La qualité des locaux, mais aussi l'habillement des personnes – préférable à la présentation d'un corps nu sous un drap hospitalier – ainsi que la table de présentation, constituent des éléments déterminants* ».

b) Sur la tenue du dossier médical

21. L'article R. 1112-2 du code de la santé publique (CSP) énumère l'ensemble des informations, à caractère médical ou non, qui doivent nécessairement figurer au dossier médical de chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ainsi, « *ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés : (...) m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ; o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ; p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé* ».

22. Dans le secteur médico-social, l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; (...) 4° La confidentialité des informations la concernant ; 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires* ».

23. Enfin, l'arrêté **du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès**, précise que « *le dossier offre les meilleures conditions pour le recueil et la conservation des informations détenues par les professionnels de santé, les établissements de santé et les hébergeurs. La tenue du dossier doit permettre de répondre à toute demande de consultation ou de transmission d'informations émanant de professionnels de santé comme de la personne. Lorsque le dossier est structuré, exploitable et lisible, en particulier lorsqu'il contient des synthèses régulières, la compréhension en est facilitée. Tout professionnel de santé a l'obligation de veiller à la qualité de cet outil* ».

c) Sur la qualité des prescriptions médicales et le formalisme des ordonnances

24. Le code de la déontologie médicale, intégré au CSP, fixe les principes fondamentaux applicables en matière de prescription médicale, à savoir la liberté de prescription, la qualité de la prescription et le principe d'économie.

25. Sur la qualité de la prescription, l'article R. 4127-32 du CSP dispose que « *le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* ». L'article R. 4127-34 du même code ajoute, à ce titre, que « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution* ».

26. L'article R. 5132-3 du CSP énonce le formalisme des ordonnances médicales.

27. Le premier alinéa de cet article dispose que la prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine indique lisiblement sur une ordonnance « *les nom et prénoms, la qualité et, le cas échéant, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse professionnelle précisant la mention " France", ses coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international "+33" et son adresse électronique, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé* ».

28. Au surplus, selon le premier alinéa de l'article L. 4161-1 du CSP, l'exercice illégal de la médecine est caractérisé par la pratique par toute personne « *des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin* ».

d) Sur la délivrance par un pharmacien de médicaments prescrits sur ordonnance

29. Le code de déontologie des pharmaciens a été introduit au livre II du Chapitre IV du CSP. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre national des pharmaciens, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner.

30. Sur les bonnes pratiques générales qui incombent à tout pharmacien, l'article L. 4235-12 du CSP dispose que « *tout acte professionnel doit être accompli avec soin et attention, selon les règles de bonnes pratiques correspondant à l'activité considérée* ».

31. L'article R. 5132-6-2 du CSP précise la qualité des personnes signataires des ordonnances qui autorise un pharmacien à délivrer des médicaments ou produits de santé.

32. De plus, l'obligation de délivrance des médicaments prescrits par un médecin est soumise à la condition du respect du formalisme légalement requis de ce document conformément à l'article R. 5132-6-2 du CSP. Le pharmacien a donc le droit de refuser la délivrance d'un médicament si l'ensemble des mentions obligatoires n'apparaissent pas sur le document.

33. En outre, un pharmacien qui délivre une ordonnance falsifiée est passible de poursuites pénales au titre de l'article L. 5432-1 du CSP, les médicaments relevant des listes I et II, étant classés comme substances vénéneuses selon l'article L. 5132-1 du même code.

34. Les conditions de renouvellement de la délivrance de médicaments par un pharmacien sont également encadrées. L'article R. 5123-2-1 du CSP dispose que : « *Dans le cadre d'un traitement chronique, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien dispense les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions suivantes sont remplies : 1° L'ordonnance comporte la prescription du médicament permettant, en application des dispositions de l'article R. 5123-2, une durée totale de traitement d'au moins trois mois ; 2° Ce médicament ne relève pas d'une des catégories mentionnées dans l'arrêté ministériel prévu à l'article L. 5125-23-1. (...) Il informe de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et*

par tous moyens dont il dispose. La même ordonnance ne peut donner lieu qu'à une seule dispensation en application du présent article. ».

35. Encore, l'article R. 5125-33-5 du CSP dispose que : *« I.- En application du 7° de l'article L. 5125-1-1-A, le patient peut désigner un pharmacien d'officine correspondant, titulaire ou adjoint ou pharmacien gérant d'une pharmacie d'officine avec l'accord de ce pharmacien, pour mettre en œuvre un protocole prévu à l'article L. 4011-1. II.- Dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique, le pharmacien d'officine désigné comme correspondant par le patient peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole. Ce protocole détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée. La durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder douze mois. ».*

36. Au surplus, en matière de fraude à l'ordonnance médicale, les articles L. 114-13 du code de la sécurité sociale et 313-1 du code pénal ont vocation à s'appliquer.

37. Enfin, l'article 3 de l'arrêté du secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, du 31 mars 1999, relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du CSP arrête que : *« Pour les patients hébergés dans les établissements médico-sociaux, la prescription indique lisiblement, outre les mentions prévues à l'article R. 5194 du code de la santé publique à l'exception de celles figurant au 3° de cet article : - la durée du traitement ; - s'il y a lieu, l'identification de l'unité de soins ; - les numéros de téléphone et, le cas échéant, de télécopie et de messagerie électronique auxquels le prescripteur peut être contacté. L'original sur support papier de la prescription est conservé dans le dossier médical et une copie est remise à la pharmacie à usage intérieur. Toutefois, la prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible. Les prescriptions sont conservées chronologiquement par le pharmacien durant trois ans. ».*

IV. Analyse

a) Sur les circonstances du décès de la résidente et les mentions manquantes à son dossier médical

38. Concernant les circonstances du décès de Madame Y, il ressort de l'article R. 1112-2 du CSP susvisé l'obligation pour le personnel soignant d'indiquer dans le dossier médical les passages effectués la nuit pour constater l'état de santé de la résidente et en transmettre l'évolution.

39. En l'espèce, le directeur de l'EHPAD a indiqué, dans un courrier adressé à la délégation départementale de l'agence régionale de santé (ARS) du 16 août 2018, que *« les aides-soignantes [ont] retrouvé Mme Y au cours de la nuit du 4 au 5 avril à 5 heures assise sur le bord de son lit [et qu'elle] avait vomi en petite quantité des aliments ingérés ».* Il a mentionné un deuxième passage des équipes soignantes, *« entre 6h et 6h30 »*, au cours duquel Madame Y aurait indiqué *« se sentir mieux »*, ainsi qu'un troisième passage par l'équipe du matin *« entre 7h15 et 7h30 ».*

40. Il a précisé qu'un autre décès survenu dans la même nuit avait contraint le personnel soignant à se limiter à la transmission orale des informations relatives à l'évaluation de l'état de Madame Y. En outre, par courrier du 28 mai 2019 adressé à la direction du centre

hospitalier de B, la médecin coordonnatrice de l'EHPAD a écrit que le second décès était survenu après celui de Madame Y.

41. Concernant les passages des personnels soignants en fin de nuit, la médecin coordonnatrice a indiqué que « *probablement faute de temps, ils [les passages des personnels soignants entre 6h00 et 6h30] n'ont pas été retranscrits dans ce dossier* ». Elle a ajouté au sujet du passage aux alentours de 7h15 que « *le personnel qui s'est détaché pour aller voir Madame Y n'a pas non plus retranscrit son passage dans le dossier. Le contexte exceptionnel de deux décès successifs ce matin du 5 avril 2017 n'a probablement pas permis les retranscriptions de la totalité des actes effectués* ».
42. Ces deux passages du personnel soignant n'ont pas été retranscrits dans le dossier médical de Madame Y ; seuls ceux respectivement effectués à 5 heures et 8 heures du matin sont mentionnés.
43. Par courrier daté du 24 janvier 2020, la direction de l'EHPAD a ajouté que cette absence de traçabilité ne peut être expliquée que par la survenue de deux décès au cours de la même matinée, entraînant une augmentation de la charge de travail et la modification de l'organisation du travail pour les personnels.
44. En tout état de cause, quel que soit le contexte lors de la matinée du décès, cela ne saurait justifier l'absence de retranscription au dossier de la résidente des deux passages du personnel soignant qui seraient intervenus au cours de la nuit, soit avant tout décès ayant pu « *modifier l'organisation du travail* ».
45. Il apparaît *in fine* que les dernières informations sur l'état de santé de la résidente peu avant son décès, ainsi que les soins prodigués lors de ces deux derniers passages, n'ont pas pu être communiqués formellement à l'ensemble de l'équipe de soins ni, *a posteriori*, à ses ayants droit.
46. En outre, l'établissement a précisé qu'un entretien avec la médecin coordonnatrice ou le médecin médiateur de l'établissement a été proposé à Madame X afin d'échanger sur les circonstances du décès de sa mère.
47. Toutefois, Madame X a décliné ces propositions, préférant des échanges écrits compte tenu de l'émotion entourant le décès de sa mère.
48. Enfin, l'établissement a contesté toute obstruction à la communication à l'ayant droit de l'ensemble des éléments composant le dossier médical « *dès lors qu'ils existaient* ».
49. Par conséquent, et en l'absence d'éléments contraires apportés par la direction de l'établissement, la Défenseure des droits conclut au non-respect des dispositions relatives à la traçabilité des soins de Madame Y. Toutefois, la Défenseure des droits ne constate pas d'atteinte au droit d'information des ayants droit.

b) Sur la présentation du corps de la résidente à la famille

50. Concernant les conditions de présentation du corps, le directeur du site de l'EHPAD a, dans un courrier envoyé à la réclamante, souligné que « *la présentation de [Madame Y] n'a pas pu être réalisée avant votre venue conformément aux pratiques auxquelles sont attachés les personnels de l'EHPAD, et qui préservent le respect de la personne. La toilette mortuaire a, cependant, bien été effectuée ainsi que la pose du collier cervical.* ». Il a cependant ajouté que « *l'habillement de la personne défunte n'est pas réalisé habituellement par les équipes, mais par le représentant de la société des pompes funèbres* ».

51. Dans le courrier précité adressé à l'ARS, le directeur a précisé que « *Mme Y n'a pas pu être habillée du fait de l'absence de prévision de choix de vêtements vu la soudaineté du décès* ».
52. Toutefois, dans son courrier du 28 septembre 2018 et ses courriers ultérieurs, Madame X, fille de la résidente, a soutenu et maintient que lorsqu'elle a été informée du décès de sa mère par la médecin coordonnatrice par téléphone le matin du 5 avril 2017, sur sa demande, elle lui avait indiqué les vêtements avec lesquels elle souhaitait que sa mère soit revêtue.
53. Dans sa réponse au Défenseur des droits, le directeur de l'EHPAD a indiqué qu'une recherche interne avait permis d'évoquer la possibilité que le corps de Madame Y « *n'ait pas pu être complètement préparé avant l'arrivée de la famille pour être présenté dans de bonnes conditions, dans une chambre en ordre* ». Il a mentionné également qu' « *un autre décès étant aussi intervenu ce même jour* ».
54. Il a également précisé le mode opératoire « *Conduite à tenir en cas de décès en EHPAD* » fourni aux agents de l'EHPAD. Ce protocole indique que le personnel soignant est en charge d' « *effectuer la toilette mortuaire et procéder à l'habillage de la personne décédée avec ses vêtements personnels* » et que « *les vêtements personnels seront demandés au préalable à la famille* ».
55. Concernant la présentation du corps, la médecin coordonnatrice a émis deux hypothèses expliquant la nudité de Madame Y au moment de l'arrivée de sa fille, dans son courrier au directeur du centre hospitalier⁵. Elle a supposé soit avoir elle-même « *partiellement retiré la chemise de nuit de Madame Y, afin de ne pas risquer de la salir* » au moment du retrait du stimulateur cardiaque ; soit que « *le personnel, sachant que la famille viendrait rapidement car [elle] les [avait] avertis, avait commencé la toilette mortuaire, retiré entièrement la chemise peut-être souillée (vomissements) et avait été interrompu par la survenue du deuxième décès* ».
56. Le directeur de l'EHPAD a justifié les conditions de présentation du corps de la résidente décédée par trois arguments distincts, en trois temps. Il a premièrement avancé que l'habillage de la personne défunte ne relevait pas des équipes de soins mais du représentant de la société des pompes funèbres. Il a ensuite fait valoir l'absence de prévision de choix de vêtements au vu de la soudaineté du décès. Enfin, il a mentionné le contexte de deux décès successifs survenus cette nuit.
57. Par courrier du 24 janvier 2020, le directeur de l'établissement maintient ses explications et précise qu'une seule infirmière diplômée d'Etat était présente ce jour-là pour assurer la prise en charge de quatre-vingt-treize résidents. Il a également indiqué que l'embauche de nouveaux membres du personnel est prévue dans le cadre de la révision de la coupe PATHOS relative à l'évaluation des niveaux de soins nécessaires au sein d'un établissement et de l'attribution de moyens financiers supplémentaires.
58. Le Défenseur des droits ne peut retenir le premier argument avancé. En effet, la note de service de l'établissement du 23 novembre 2005 relative au mode opératoire « *Conduite à tenir en cas de décès en EHPAD* » indique explicitement que le personnel soignant de l'EHPAD, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ou les aides-soignants, sont en charge de « *préparer le résident déceint afin de pouvoir le présenter à la famille* » et de « *se renseigner si des vêtements ou objets ont été désignés pour accompagner le résident par les proches* ».

⁵ Voir supra § 39.

59. Le personnel soignant de l'EHPAD était donc chargé de préparer la résidente afin d'assurer une présentation décente de son corps à la famille.
60. Il apparaît que, contrairement à la procédure prévue pour les personnes hospitalisées, le mode opératoire spécifique aux cas de décès en EHPAD ne précise aucunement les conditions d'accueil de la famille.
61. Le Défenseur des droits ne saurait également retenir le deuxième argument avancé. En effet, Madame Y, résidente permanente de l'EHPAD, bénéficiait de changes dans sa chambre ; l'absence de choix explicite des vêtements pour habiller la personne décédée ne saurait donc justifier la présentation du corps dénudé à la famille. Encore, cette absence de choix est contestée par Madame X.
62. Enfin, le dernier argument doit également être écarté. Tout d'abord, la médecin coordonnatrice a précisé que le second décès était intervenu après celui de Madame Y. De plus, selon le rapport de l'IGAS précité, la toilette mortuaire ainsi que l'habillage de la personne décédée nécessitent en moyenne un IDE ou un aide-soignant pour un temps de 40 minutes. Le contexte particulier dû à un autre décès ne justifie donc pas la présentation du corps dénudé de la défunte à la famille.
63. Par courrier du 24 janvier 2020, le directeur de l'EHPAD a admis la survenue d'une défaillance lors de la présentation du corps de la résidente à la famille, et le regrette. Il a estimé que *« le corps de Mme Y aurait dû ainsi a minima être apprêté et recouvert d'un drap jusqu'à la hauteur des épaules »*.
64. Il est également précisé que, depuis la réception de la note récapitulative émise par le Défenseur des droits, ce dysfonctionnement a *« fait l'objet d'une réflexion interne, de rappel de bonnes pratiques (appels de la famille, présentation du corps, ...), d'actions correctives (procédure, réorganisation des équipes, changement d'encadrement, ...) dans le contexte d'une démarche d'amélioration de la qualité. Cela n'empêche pas nécessairement que le corps aurait dû être habillé avec les vêtements choisis par la famille au sein de l'établissement lors des premiers instants de recueillement. »*.
65. Au vu de ce qui précède, la Défenseure des droits conclut à des atteintes portées au droit au respect de la dignité du corps humain.

c) Sur la qualité des prescriptions médicales, le formalisme des ordonnances et la délivrance par le pharmacien de médicaments prescrits sur ordonnance

66. Concernant les modalités de prescription, de délivrance et d'administration des produits de santé ainsi que le renouvellement des prescriptions, par courrier du 16 avril 2019, le directeur de l'EHPAD a adressé au Défenseur des droits les différents documents qui traduisent les pratiques relatives à la prise en charge médicamenteuse des patients au sein de l'établissement élaborées en interne.
67. Deux types de documents concernent la prescription de médicaments : les relevés de prescription et les ordonnances bizones. L'ordonnance bizona permet de distinguer clairement les prescriptions en rapport ou non avec une affection de longue durée (ALD) exonératoire. Seuls les actes et prestations prescrits sur la partie haute de l'ordonnance sont remboursés à 100 % au titre de l'ALD.

• Sur la nature des documents intitulés « ordonnances »

68. Afin de préciser la nature des documents appelés « ordonnances » et la qualité de la personne signataire, le directeur de l'EHPAD a indiqué que les « ordonnances » sont « des relevés de prescriptions informatiques, réalisés par le pharmacien dans le cadre de ses missions, et utilisés pour la mise en œuvre des prescriptions rédigées par les praticiens libéraux (...). Ils sont utilisés par les IDE pour l'administration des traitements. Certains comportent des annotations manuscrites qui sont des prescriptions complémentaires de médicaments lorsque le médecin traitant est absent ou empêché, et qu'il convient de prendre en charge l'évolution de l'état de santé du (de la) résident(e). Le médecin coordonnateur apporte ces modifications qu'il date et signe, et fait savoir au médecin traitant. ».
69. Il a ajouté que le pharmacien, chef de service de la pharmacie à usage intérieur, est « responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient ».
70. La médecin coordonnatrice a évoqué, quant à elle, l'utilisation de « relevés de prescription ». Le nom du médecin traitant était initialement manquant puis « a été ajouté de façon manuscrite quand l'information du choix [de ce médecin traitant] a été connue ».
71. Sur ce point, par courrier du 8 novembre 2018, le CDOM a informé la réclamante que le médecin traitant n'était pas médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD et ne l'avait jamais été. De plus, « le document intitulé « ordonnance » sur lequel figure son nom n'est pas une ordonnance qu'il [le médecin traitant] a lui-même rédigée ».
72. Si l'EHPAD dépend exclusivement de la pharmacie à usage interne (PUI) du centre hospitalier de B, le pharmacien peut faire des extractions de prescriptions informatisées, et ce pour préparer les traitements et favoriser la dispensation. La délivrance du traitement est alors possible car la pharmacie est considérée comme interne à l'EHPAD.
73. Par courrier du 24 janvier 2020, le directeur de l'établissement a précisé que l'EHPAD « dépend exclusivement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) » du centre hospitalier de B.
74. Il a ajouté que : « la notion de relevé de prescription informatique correspond à la réalisation d'un relevé par le pharmacien de la PUI, au moyen d'un outil bureautique, de l'ensemble des prescriptions manuscrites pour un même patient. Autrement dit, il s'agit d'un recueil de l'ensemble des prescriptions permettant l'analyse exhaustive des traitements suivis par le patient, et d'un outil exclusivement utilisé en interne afin de faciliter le travail de dispensation des préparateurs en pharmacie. (...) ce document ne constitue pas une extraction informatisée des prescriptions, d'autant que l'EHPAD n'est pas informatisé. ».
75. La procédure générale élaborée au sein de l'EHPAD, décrivant le circuit du médicament, prévoit que « les prescripteurs habilités prescrivent les médicaments, en utilisant le support institutionnel papier ou informatique à disposition [et] analysent la prescription et la rendent exécutable pour le préparateur ».
76. L'analyse des pièces portées à la connaissance du Défenseur des droits met en évidence que certains documents communiqués, intitulés « ordonnance », portent le nom du médecin traitant et, pour certains, une signature est apposée sous la mention du nom du médecin traitant, par une personne non identifiée.
77. Selon les éléments fournis par le CDOM, le nom du médecin traitant aurait été ajouté sur un ou plusieurs documents en tant que prescripteur alors que le praticien n'aurait pas rédigé ce ou ces documents.

78. D'après les explications recueillies, ces documents pourraient constituer des documents internes de type « *relevé de prescriptions* ».

79. En outre, il figure sur ces « *relevés de prescriptions* » des lignes adjoignant des prescriptions médicales supplémentaires, ajoutées à la main par une autre personne, sans que les informations manuscrites permettent systématiquement l'identification d'un médecin.

80. Encore, certains relevés de prescriptions ne font référence à aucun médecin prescripteur.

81. Enfin, ces documents ont été faxés. Or le protocole interne prévoit l'envoi par télécopie uniquement des ordonnances de prescriptions médicales par les infirmières et à destination de la pharmacie à usage intérieur.

82. Il ressort de l'ensemble de ces éléments que la forme de ces documents ne permet pas d'identifier clairement leur nature ainsi que leur fonction. Dès lors, la confusion entre ces documents à usage interne et des prescriptions médicales est permise.

• **Sur les ordonnances bizones**

83. S'agissant des ordonnances bizones, leur analyse met en évidence certains manquements au formalisme des prescriptions médicales prévu par l'article R. 5132-3 du CSP, du fait notamment de l'absence du prénom de la patiente, de l'identification de la structure ainsi que de l'identifiant du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) du praticien prescripteur.

84. Ces ordonnances incomplètes ne respectent donc pas le formalisme requis par le CSP.

• **Sur les conditions de prescription et de délivrance des médicaments**

85. S'agissant des conditions de prescription et de délivrance de médicaments à Madame Y, la médecin coordonnatrice a indiqué que le changement de médecin traitant « *n'a pas été reporté* » dans son dossier après le choix d'un nouveau médecin traitant par la famille. Elle a ajouté que le Docteur M « *est d'abord intervenu en visite lors d'un problème aigu, et (...) a ensuite été choisi par la famille. Faute d'informatisation, des délais existent.* ».

86. Elle a précisé que les services de l'EHPAD avaient été « *informés (...) le 3 novembre 2016 par le Dr N qu'il n'était plus le médecin traitant de Madame Y* ».

87. Toutefois, elle a exposé que « *faute de consensus avec la vingtaine de médecins qui interviennent à l'EHPAD, nous n'avons pas de procédure écrite de désignation des médecins traitants.* ». Elle a ajouté que « *sans médecin qui accepte ce rôle [de médecin traitant], ce qui arrive de plus en plus souvent, nous sollicitons les médecins intervenant pour les pathologies aiguës, comme ce fut le cas pour le Dr M lors de sa première intervention pour Mme Y* ».

88. Elle a ainsi complété : « *malgré plusieurs de ses passages pour des pathologies aiguës, le médecin n'a pas renouvelé le traitement de fond, sans pour autant avoir demandé de l'arrêter. Ce sont des cas de prescriptions incomplètes répétées fréquents en EHPAD. Les traitements habituels sont donc reconduits au bénéfice des résidents* ».

89. Toutefois, elle n'a pas précisé selon quelles modalités les traitements habituels sont reconduits (identité du prescripteur, modalité de consultation du patient, modalité de communication de la prescription à la pharmacie à usage intérieur, modalité de vérification et d'administration du traitement par l'infirmier au patient).
90. La procédure de préparation des semainiers des résidents d'EHPAD préconise que *« l'acheminement des prescriptions se fait à chaque nouvelle prescription ou modification ou renouvellement. Au niveau de l'EHPAD : l'IDE faxe à la pharmacie le ou les ordonnances concernées après avoir mentionné " faxée le ... " »*. Il est également spécifié qu' *« un document unique élaboré par le pharmacien à partir des prescriptions faxées [par les IDE] permet de réunir l'ensemble des prescriptions médicales en cours pour un même résident »*.
91. La procédure des bonnes pratiques de l'administration du médicament mentionne qu' *« en cas de doute ou de prescription incomplète, il convient d'en référer au médecin »*. La procédure de préparation des semainiers des résidents de l'EHPAD indique également que si la prescription ne peut être exécutée, le pharmacien a pour obligation de contacter le prescripteur.
92. Il ressort de l'ensemble des procédures relatives au circuit du médicament et à leur administration, qu'à chaque étape de la dispensation et de l'administration du médicament, les professionnels de santé doivent vérifier la conformité de la préparation à la prescription médicale.
93. Enfin, dans son rapport de certification du centre hospitalier de B de février 2019, la Haute Autorité de santé (HAS) a précisément émis des recommandations d'amélioration relatives au management de la prise en charge médicamenteuse du patient.
94. Elle a ainsi relevé que *« les ressources humaines nécessaires [n'étaient pas] disponibles à la PUI (...) ; de ce fait l'analyse pharmaceutique n'est pas complètement déployée, l'effectif nécessaire [n'étant] actuellement pas disponible pour analyser toutes les lignes de prescription »*. Elle a ajouté qu'il *« n'y a pas encore à la PUI de visibilité sur la prescription informatisée complète des services hors les urgences »*.
95. Par courrier du 24 janvier 2020, le directeur de l'EHPAD a précisé que les conclusions de ce rapport ne porteraient que *« sur le secteur sanitaire »*, de sorte que *« sur l'EHPAD T, toute nouvelle prescription fait l'objet d'une analyse pharmaceutique avant dispensation. »*
96. Pourtant, il ressort des documents communiqués au Défenseur des droits, que si certains traitements de Madame Y ont été renouvelés ou arrêtés par la médecin coordonnatrice, ces traitements ont ensuite été repris sans qu'aucune ordonnance, ni aucune prescription d'un médecin (médecin traitant ou médecin coordonnateur), n'ait été porté à la connaissance du Défenseur des droits.
97. Ainsi, le Défenseur des droits n'a pas eu connaissance de l'ordonnance de prescription initiale du traitement de Madame Y, ni de chacun des renouvellements ayant conduit à la réalisation des différents relevés de prescription.
98. Ainsi, il n'a pas pu constater l'existence d'une prescription médicale réalisée dans les formes prescrites correspondant à chacun des relevés de prescription.
99. Dès lors, il n'est pas établi que les *« relevés de prescription »* aient été réalisés à partir de prescriptions réalisées par une personne habilitée alors même que des traitements médicamenteux ont été délivrés par la PUI et administrés à Madame Y.

100. L'établissement n'a pas contesté la dispensation et l'administration de médicaments en l'absence de prescription médicale, ou en présence de prescriptions ne respectant pas les formes exigées par le code de la santé publique.

101. Au regard de l'ensemble de ces éléments, la Défenseure des droits conclut au non-respect des dispositions législatives et réglementaires concernant le formalisme des ordonnances ainsi qu'aux dispositions réglementaires relatives à la déontologie des professionnels de santé.

V. Décision

Au vu de ce qui précède, la Défenseure des droits conclut au non-respect des dispositions relatives à la dignité du corps humain, à la traçabilité des soins, au formalisme des ordonnances et à la déontologie des professionnels de santé ;

La Défenseure des droits prend acte de la mise en œuvre d'une réflexion interne relative aux conditions de présentation du corps du défunt à la famille, du rappel des bonnes pratiques relatives à la conduite à tenir en cas de décès d'un résident ainsi que de l'engagement de l'établissement à prendre des mesures correctives afin d'améliorer les conditions de présentation et d'éviter de nouveaux dysfonctionnements ;

La Défenseure des droits recommande :

- à la direction de l'EHPAD T de :
 - prendre toutes les mesures utiles de nature à garantir le respect de la dignité de la personne humaine, y compris postérieurement à son décès ;
 - modifier le mode opératoire relatif à la conduite à tenir en cas de décès d'un résident pour y inclure l'annonce du décès aux proches et les modalités d'accueil de la famille et de présentation du corps et former le personnel soignant sur ces questions ;
 - sensibiliser le personnel soignant à l'importance de la traçabilité des soins ;
 - établir un protocole à suivre lors de la survenue d'une fin de prise en charge d'un résident par son médecin traitant afin, d'une part, d'accélérer la traçabilité de cette information au dossier médical du patient et l'information des personnels de santé en charge du soin de cette personne et, d'autre part d'informer le résident et, le cas échéant, ses proches, sur le rôle du médecin coordonnateur, la nécessité d'avoir un médecin traitant et, si nécessaire, de l'accompagner dans ses démarches afin de trouver un nouveau médecin-traitant ;
 - revoir le processus de prescription et d'administration des médicaments et former le personnel à ces questions ;
 - établir un protocole relatif à la conduite à tenir afin que le suivi médical du résident soit assuré en cas de changement de médecin traitant ;
- au centre hospitalier de B de :
 - prendre toutes les mesures utiles de nature à garantir la dignité de la personne humaine, y compris postérieurement à son décès ;

- réaliser, dans les plus brefs délais, un audit portant sur la dispensation des médicaments par la pharmacie à usage intérieur du centre hospitalier de B et à destination des personnes résidant au sein de l'EHPAD T ;
- clarifier le vocabulaire et la forme des documents à usage interne, en particulier des relevés de prescriptions, afin de les distinguer des ordonnances de prescription médicale ;
- à l'agence régionale de santé (ARS) de mener une visite inopinée au sein de l'EHPAD afin de contrôler le respect du cadre juridique relatif à la traçabilité des soins, au formalisme des prescriptions médicales et à la mise en œuvre des mesures propres à respecter la dignité du défunt, notamment lors de la présentation du corps à la famille, et d'en rendre compte à la Défenseure des droits au cours du premier trimestre de l'année 2022 ;

La Défenseure des droits demande :

- à l'EHPAD T de rendre compte des suites données aux recommandations ci-dessus dans un délai de six mois à compter de la date de notification de la présente décision et de communiquer à la Défenseure des droits les nouvelles procédures et conditions d'encadrement mises en place ;
- au centre hospitalier de B de rendre compte des suites données aux recommandations ci-dessus dans un délai de six mois à compter de la date de notification de la présente décision.

La Défenseure des droits décide de transmettre cette décision au Conseil national et au conseil départemental de l'Ordre des médecins, à l'Ordre national des pharmaciens ainsi qu'à Madame X.