



Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires
(maniaco-dépressifs) et à leur entourage

Petit guide des droits des patients en psychiatrie

Matthieu Mhamdi

Argos2001
1 rue de la Durance 75012 Paris
Téléphone : 01 69 24 22 90
E-mail : argos.2001@free.fr
Site Internet : <http://argos.2001.free.fr>

Bonjour,

*Nous avons le plaisir de vous offrir ce petit guide
relatif aux droits des patients en psychiatrie.*

*Ce livret contient des informations à visées pratiques
à l'intention des malades et de leurs proches afin de leur
permettre de mieux connaître leurs droits dans la relation
médicale.*

*Il a été réalisé, pour et avec le concours de l'association
Argos 2001, et par un juriste en droit médical.*

Nous vous en souhaitons bonne lecture.

Table des matières

Quelques mots introductifs.....	3
Le droit à la protection de la santé.....	4
Le principe de non discrimination.....	4
Le droit au respect de la dignité.....	5
Le consentement	5
Le consentement éclairé.....	5
Le droit au refus de soins.....	7
La personne de confiance.....	8
Le principe du libre choix et la sectorisation.....	8
L'accès au dossier médical.....	9
Les majeurs protégés.....	13
L'hospitalisation libre.....	14
Le placement à la demande d'un tiers.....	14
L'hospitalisation d'office.....	15
Ce document est placé sous licence  creative commons.....	16

Quelques mots introductifs...

Les droits des malades ont été consacrés par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Cette loi témoigne d'une évolution du rapport médecin-patient marqué par le passage du modèle paternaliste au modèle fondé sur un partenariat. On peut résumer cette transformation comme étant le passage d'une logique favorisant le principe éthique de bienfaisance à une logique favorisant le principe éthique de l'autonomie. Cette philosophie du paternalisme médical que l'on peut illustrer avec les mots célèbres du professeur Louis Portes : « *Tout patient est et doit être pour le médecin comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir* » (L. Portes, Discours à l'Académie des sciences morales et politiques, 1950), a aujourd'hui laissé la place à la volonté de responsabiliser le patient dans ces choix thérapeutiques et de lui permettre de prendre les décisions qui sont importantes dans sa vie affective et matérielle. Le paternalisme médical reconnaissait au soignant une capacité à agir de façon altruiste pour le bien de leur patient, alors que le principe du partenariat ou de l'autonomie suppose, au contraire, que le patient reste autonome, et peut donc, une fois informé décider seul de ses soins.

La psychiatrie ne fait l'objet d'aucune mesure spécifique dans la loi du 4 mars 2002, ainsi, sauf quelques exceptions, les droits des patients en psychiatrie sont les mêmes que les droits de tous les autres patients.

Avant de détailler, de façon pratique, les droits du patient en psychiatrie, il convient de rappeler deux évidences :

- D'une part, les droits d'un malade (y compris en psychiatrie) sont avant tout les droits de tous les citoyens. On peut rapidement rappeler que les patients, même hospitalisés, ont le droit au respect de leur vie privée. Ils ont également le droit, comme toutes les autres personnes, d'être en sécurité dans la société. Cela suppose, notamment, que le personnel soignant soit apte à prévenir et à éviter les comportements suicidaires durant le séjour à l'hôpital. Les patients disposent, à l'exception des hospitalisations sans consentement (hospitalisation sur demande d'un tiers, hospitalisation d'office), également de la liberté d'aller et venir. Ainsi, le refus de soins et la sortie contre avis médical sont, dans le cadre d'une hospitalisation libre en psychiatrie, des droits du patient.
- D'autre part, le premier droit du patient est d'être soigné. La confiance dans les soins est laissée à l'appréciation du patient qui dispose, sauf exception notamment dans le cadre de la sectorisation, de la liberté de son établissement hospitalier. Les établissements publics de santé garantissent l'égal accès de tous aux soins, et aucune discrimination entre les malades ne peut être établie.

Le droit à la protection de la santé

Le droit à la protection de la santé est affirmé dans le premier article du *Code de la santé publique*, l'article L.1110-1, qui dispose que le « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

Cette place symbolique de cet article en tête du *Code de la santé publique* montre tant l'importance et le caractère général de ce principe, et ceux d'autant plus que le droit à la protection de la santé à valeur constitutionnelle.

Au regard de ce principe, chacun peut bénéficier de cette protection à titre individuel et collectif. Le droit à la protection de la santé, en effet, interdit non seulement à toute personne de porter atteinte à la santé d'une autre, mais impose également à l'État de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé des personnes que ce soit la santé d'un individu ou de tous les individus.

Le droit à la protection de la santé comprend le droit à l'égal accès aux soins qui signifie que tout un chacun, indépendamment de ses ressources financières, doit pouvoir bénéficier de l'accès aux soins.

Le droit à la protection de la santé comprend également le principe de continuité des soins qui se caractérise non seulement par une collaboration entre les patients et les professionnels de santé mais aussi par la communication, la coordination, la commodité et enfin la cohérence de l'ensemble des actions entreprises. Elle a pour but d'éviter toute rupture dans le suivi du malade, et est un critère essentiel visant à renforcer la qualité et la permanence des soins. A ce titre, le dossier médical est aujourd'hui pensé comme un outil de la continuité des soins.

Le principe de non discrimination

L'article L.1110-3 du *Code de la santé publique* dispose qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. » Cet article vient ainsi affirmer l'application au domaine de la santé du principe de non discrimination qui était déjà reconnu et sanctionné à l'article 225-1 du *Code pénal*.

Ce principe interdit les discriminations non justifiées par une différence de situation et qui considère l'individu selon ses origines, son sexe, sa situation de famille, son état de santé, son handicap, ses mœurs, sa race ou sa religion.

Le droit au respect de la dignité

Le principe du respect de la personne est posé, en droit français, de manière générale par l'article 16 du *Code civil* qui dispose que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. »

Ce principe de la dignité de sauvegarde de la personne humaine est un principe qui tire ses racines de l'idée de valeur accordé à l'Homme. Ce principe exige que tout homme ou toute femme ne soit pas traité comme un objet mais qu'il soit reconnu comme un sujet. Le malade étant une personne fragilisée par son état, ce principe est donc fondamental dans le cadre de la relation de soin et notamment en psychiatrie.

Il est ainsi reconnu avec solennité à l'article L.1110-2 du *Code de la santé publique* qui dispose que « la personne malade a droit au respect de sa dignité ».

Le consentement

« Le colloque singulier entre le médecin et le malade n'est, et ne peut être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience » (L. Portes, Discours à l'Académie des sciences morales et politiques, 1950)

L'expression du consentement est un des points les plus essentiels de la relation de santé. Cette exigence est prévue à l'article L. 1111-4 du *Code de la santé publique* qui dispose qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

La loi va aujourd'hui plus loin puisque, non seulement, avant tout acte médical (diagnostic ou thérapeutique), le médecin a l'obligation de recueillir le consentement éclairé de son patient, mais la loi institue un principe de codécision des choix thérapeutiques. En effet, le même article du *Code* dispose que « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ».

Le consentement éclairé

Pour être valable, le consentement doit être «éclairé», c'est-à-dire que la personne concernée doit avoir reçu toute l'information nécessaire à la formation de son opinion en des termes accessibles à sa compréhension.

La notion de consentement éclairé suppose une information adaptée à la compréhension du

patient, c'est-à-dire « une information simple, approximative, intelligible et loyale pour permettre au malade de prendre la décision que le praticien estime s'imposer. » Le praticien devra donc éviter d'user d'un langage abscons, de donner trop peu d'information et également de noyer le patient sous trop d'informations techniques. Peu importe que l'information soit approximative, ce qui importe c'est que l'essentiel soit perçu par le malade. La loi sur le droit des malades précise, à l'article 1111-2 du *Code de la santé publique*, que « l'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » Enfin, le médecin ne peut plus passer sous silence les informations qu'il estime pouvant être préjudiciables à son patient.

En cas d'urgence, il est bien évident que le consentement aux soins ne peut être recherché pour les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté. La notion d'urgence vitale commande au médecin de donner les soins qu'il juge appropriés.

La principale difficulté, en psychiatrie, va être de déterminer si la personne malade à un degré de discernement suffisant pour comprendre l'information fournie et donc éclairer le consentement. En effet, La condition essentielle du consentement éclairé d'une personne est qu'elle soit capable de discernement. En effet, l'article 489 du *Code civil* prévoit que « pour faire un acte valable, il faut être sain d'esprit ». Cette faculté de discernement comprend, d'une part, la faculté d'apprécier le sens et la portée d'un acte déterminé, c'est-à-dire de l'aptitude d'une personne à savoir et à comprendre ce qu'elle fait, et d'autre part, la faculté à agir en fonction de cette appréciation raisonnable selon sa libre volonté, c'est-à-dire la capacité d'une personne à résister normalement aux tentatives d'influences. Il est très important de comprendre que, même pour les personnes souffrantes d'altérations mentales, la capacité de discernement n'est pas donnée une fois pour toutes. Elle doit être examinée par rapport à un acte précis, et doit être réexaminée face à toutes nouvelles décisions médicales.

En cas d'incapacité de discernement, passagère ou durable, le dialogue avec le patient n'est, par définition plus possible. Ainsi le consentement éclairé ne peut plus être obtenu directement dans un rapport de partenariat entre le patient et son thérapeute. Ainsi, Si l'incapacité de discernement est durable, l'équipe soignante devra recueillir le consentement du représentant légal de cette personne. En revanche, Si l'incapacité de discernement est passagère, le médecin devra, néanmoins, rechercher la volonté du patient et consulté, si elle existe, la personne de confiance. On considère généralement qu'il est utile et juste de prendre l'avis des proches d'un patient incapable de discernement. Cet avis n'est pas contraignant pour le médecin, car les proches n'ont pas juridiquement de pouvoir de décision. En cas de désaccord, c'est juridiquement l'avis du médecin qui prime. Pour le médecin, l'avis des proches est très important, même s'il n'a pas de base légale. C'est une aide pour mieux comprendre quelles sont les volontés, les préférences et les intentions du patient.

Le droit au refus de soins

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé tend à réaffirmer la place du patient en tant qu'acteur actif de ses propres soins.

En ce sens l'article L.1111-4 du *Code de la santé publique* consacre le droit du patient au refus de soins. Il dispose que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. (...) Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Le droit au refus de soins connaît deux exceptions légales dans les hypothèses suivantes :

- La personne est hors d'état de manifester sa volonté et ses proches devront être consultés sauf urgence ou impossibilité ;
- S'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle lorsque le refus de soins risque d'entraîner pour ce dernier des "conséquences graves."

L'article 36 du *Code de déontologie médicale* reconnaît expressément ce droit au patient.

Il énonce que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. (...) Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté refuse des investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »

Le refus de soins doit émaner d'une volonté certaine et éclairée d'un individu disposant du gouvernement de sa personne et de ses pensées. Ainsi, les mineurs et les incapables (tutelle) ne pourraient pas valablement refuser eux-mêmes les soins vitaux. Le médecin doit aussi s'assurer que la personne dispose d'une lucidité suffisante ce qui peut être une question délicate. Toutefois la lucidité du patient ne doit pas être confondue avec sa liberté de penser. Le médecin ne doit pas prendre considération les motifs pour lesquelles le patient persiste à refuser la thérapeutique. Les convictions religieuses ou à une cause, la fierté stoïcienne ou la crainte abusive de l'échec ne signifie pas automatiquement la perte de toute lucidité.

La volonté doit être éclairée : le médecin a pour obligation, avant de procéder à l'acte médical, d'informer le patient sur les risques bénins fréquents et sur tous les risques graves, même exceptionnels. Et cette obligation est d'autant plus lourde que la jurisprudence demande au médecin de prouver que le patient a bien compris l'ensemble des risques énoncés.

Enfin la volonté du malade doit être réitérée car, en cas de refus, le médecin doit, au terme de la loi, tout mettre en œuvre pour convaincre le malade d'accepter la thérapeutique. La loi crée

une obligation d'effort de persuasion que le juge applique parfois sévèrement, même si le médecin ne peut se voir reprocher de ne pas avoir réussi à convaincre.

Si le patient a une volonté certaine et éclairée de refuser le traitement, le médecin peut soit s'y plier soit s'y opposer. Le médecin respectant la volonté du patient n'encourt pas de responsabilité pénale. En effet il ne sera en coupable ni du délit de non-assistance à personne en péril ni du délit d'homicide par imprudence. Le médecin n'encourt pas non plus de responsabilité civile (secteur libéral) ou de responsabilité administrative (secteur hospitalier) car le juge refuse d'allouer des dommages intérêts réclamés au médecin se pliant au refus de soins.

La personne de confiance

La loi du 4 mars 2002 a introduit dans le *Code de la santé publique* la notion de personne de confiance.

En effet, l'article 1111-6 du *Code de la santé publique* dispose que « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ».

Il s'agit d'une nouveauté importante de la loi. Sa mission est double : elle est le représentant de la personne lorsque celle-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté. Elle peut également assister le patient, quand il le souhaite, lors des entretiens médicaux afin de l'aider dans ces décisions, et se voit donc levé le secret médical, ainsi que l'accompagner dans ces démarches.

Ce nouvel acteur de la relation médical semble trouver sa justification car il permet de régler des oppositions entre les différents protecteurs naturels du patient.

Le système est à géométrie variable, en fonction de ce que souhaite le malade. Il peut en nommer une ou ne pas en nommer, il a le choix de la personne (pas forcément un membre de la famille), et il lui attribue les pouvoirs qu'il souhaite. La désignation est faite par écrit et ne peut concerner qu'une personne majeure. Il convient de souligner que le juge des tutelles peut confirmer cette mission de la personne de confiance, malgré la nomination d'un tuteur.

Le principe du libre choix et la sectorisation

Le principe du libre choix de son médecin et de son établissement de santé est un droit fondamental de la législation sanitaire reconnu, à tous les patients, par l'article 1110-8 du *Code de la santé publique* qui dispose que « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de

son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. »

Ce principe du libre choix du praticien qui signifie non seulement le droit du malade de choisir librement son médecin, mais aussi d'en changer comme bon lui semble, est applicable tant en médecine libérale qu'en médecine hospitalière publique.

Cependant, si le malade a le droit de choisir librement son médecin, celui-ci peut refuser de le prendre en charge. Mais, s'il se décharge de sa mission, le praticien s'engage alors à transmettre au nouveau médecin désigné par le patient toutes les informations utiles à la poursuite des soins.

Ce principe de liberté s'applique à tous les patients, incluant ceux en psychiatrie, puisque l'article 3211-1 du *Code de la santé publique* dispose que « toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence ».

Néanmoins, si ce principe fondamental de la législation sanitaire ne pose aucune difficulté dans le secteur libéral, son application en psychiatrie publique est plus délicate dans la mesure où ce principe remet en cause de façon évidente la sectorisation qui fonde toujours la psychiatrie publique française.

En effet, théoriquement la sectorisation de la psychiatrie ne devrait pas affecter le libre choix du patient, qui serait libre de choisir tant une structure publique ou privée qu'un traitement ambulatoire. Mais si elle est garantie en droit, l'application du libre choix apparaît comme relativement confuse en fait notamment du fait des modalités pratiques de mise en œuvre de la sectorisation.

L'accès au dossier médical

La loi du 4 mars 2002 consacre, comme un véritable droit des usagers, le droit d'accès direct pour la personne malade à son dossier médical.

Le dossier médical doit être défini. Dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002, on peut comprendre le dossier médical comme l'ensemble des informations de santé formalisées, c'est-à-dire des informations portant exclusivement sur la santé et destinées à être conservées et auxquelles sont donnés une mise en forme et un support pour ce faire. Le *Code de la santé publique* donne une définition des informations qui peuvent être communiquées et doivent répondre à deux conditions : elles doivent être formalisées et doivent, soit avoir contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic, du traitement ou de la prévention, soit avoir fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.

Le décret du 29 avril 2002 donne une liste indicative mais non limitative des documents de santé communicables :

- la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- les motifs de l'hospitalisation ;
- la recherche d'antécédents et de facteurs de risque ;
- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- le type de prise en charge prévue et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment imagerie ;
- les informations sur la démarche médicale :
 - le dossier s'anesthésie ;
 - le compte-rendu opératoire ou d'accouchement ;
 - le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
 - la mention des actes transfusionnels ;
 - le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
 - les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
 - les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour :
 - le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
 - la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
 - les modalités de sorties (domicile, autres structures) ;
 - la fiche de liaison infirmière.

Les informations exclues de la possibilité de communication à la personne malade sont tout aussi importantes à connaître.

Le *Code de la santé publique* précise que sont exclues de la communication :

- les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers qui n'interviennent pas dans la prise en charge ;
- les informations concernant des tiers qui n'interviennent pas dans la prise en charge thérapeutique.

Sont donc exclues, comme le précise le Conseil national de l'ordre des médecins à titre d'exemple, les informations fournies par un membre de la famille, une assistante sociale, un enseignant, un autre médecin non impliqué dans la prise en charge thérapeutique ou, pour la médecine du travail, par un salarié ou l'employeur. Dans tous ces cas, il s'agit de protéger de rétorsions possibles, la personne donnant une information.

La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) considère que les documents qui ont été établis par une autorité administrative ne sont pas considérés comme médicaux sauf à faire partie du dossier médical. Ils ne sont donc pas communicables au titre de l'article 1111-7 du *Code de la santé publique*. Il en est ainsi de l'arrêté d'hospitalisation d'office ou du rapport de l'assistante sociale ou du psychologue.

L'arrêté du 5 mars 2004, qui homologue les recommandations de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé) de février 2004 définit les notes personnelles comme « les notes des professionnels de santé qui ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées, parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention... : elles sont alors intransmissibles et inaccessibles à la personne concernée comme aux tiers, professionnels ou non ». La réflexion du professionnel de santé, les notes prises comme aide à cette réflexion ou au repérage du patient et de son évolution dans le temps, sont des notes personnelles pour autant qu'elles soient limitées à son seul *usage*. En revanche, les notes prises pour transmission, dans une équipe de soin ou entre professionnels, ne sont pas des notes personnelles et sont donc intégralement communicables et transmissibles.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'Anaes énoncent que « dans le cas particulier de la psychiatrie, l'accompagnement médical peut être rendu obligatoire lors de la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office. Le médecin est désigné par le demandeur. Si le demandeur refuse la présence d'un médecin, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie et son avis s'impose aux demandeurs et au détenteur des informations. » Le texte établi par le groupe de travail de l'Anaes insiste sur les problèmes particuliers des hospitalisations d'office ou à la demande d'un tiers : « il convient de prêter une attention particulière à la communication des certificats médicaux motivant les hospitalisations d'office ou à la demande d'un tiers. Si le certificat est annexé à l'arrêté préfectoral au lieu qu'il en soit

seulement fait mention, du fait de son contenu la vie du médecin certificateur peut être mise en danger de la part d'un patient présentant une dangerosité psychiatrique. » Le texte rappelle que l'identité du médecin est aisément connue car elle apparaît sur l'arrêté préfectoral de placement d'office ou sur le certificat médical d'hospitalisation à la demande d'un tiers. « Ces documents constituent à la fois un élément du dossier médical et une pièce administrative, leur communication en tant qu'élément du dossier médical pourra faire l'objet des mesures de précautions prévues par l'article L. 1111-7 du *Code de la santé publique*, issu de la loi du 4 mars 2002. Pour mémoire leur communication directe en tant que pièce administrative motivant l'arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office peut être évitée, dès lors que le préfet précise dans son arrêté les termes du certificat en excluant l'identité du certificateur (circulaire 200-1/603 du 10 décembre 2001). » Le texte rappelle que pour la psychiatrie, ni les proches ni le tuteur d'un majeur protégé ou souffrant de troubles mentaux ne sont titulaires du droit d'accès au dossier. Toutefois, le législateur a prévu qu'en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Les droits d'accès au dossier médical sont clairement précisés par la loi du 4 mars 2002. Il s'agit d'un droit personnel et d'un droit direct. Effectivement, lorsque le patient est vivant, lui seul peut accéder à son dossier médical. Lorsque le malade est un mineur, le droit d'accès est exercé par son représentant légal, c'est-à-dire le titulaire de l'autorité parentale, sauf si le mineur s'y oppose, précision faite qu'aucune condition d'âge n'est prévue pour cette opposition. Lorsque le traitement ou l'intervention proposés sont indispensables à la sauvegarde de la santé du mineur et que celui-ci s'y oppose, le praticien peut se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale. C'est dans ce cas seulement que le jeune patient peut s'opposer aux informations qui ont alors été établies au sujet des traitements ou interventions subis. Le médecin doit faire une mention écrite d'opposition du mineur dans le dossier médical. Lorsque le patient est décédé, le secret médical ne s'éteint pas avec sa mort. Les informations de santé du dossier médical restent confidentielles et protégées par le secret médical. Les ayants droit ne peuvent accéder à des informations médicales ciblées que dans deux conditions : l'absence d'opposition exprimée par le patient de son vivant, ou la recherche par la communication à répondre à un objectif précis : connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir ses droits. La demande des ayants droit doit préciser le motif et la partie du dossier communiqué sera en rapport avec le motif présenté.

Dans la nouvelle loi, le patient bénéficie d'un droit d'accès direct et conserve le choix entre une transmission par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit à cet effet ou l'accès direct aux informations sur sa santé. Le patient se rend alors à l'hôpital et consulte les documents de son dossier médical. Il peut demander la délivrance de photocopies, celles-ci étant à sa charge. Le patient peut aussi demander au médecin ou à l'administration hospitalière l'envoi

des documents de son dossier médical. Les délais donnés aux professionnels de santé pour répondre à la demande du patient sont précis : un délai de réflexion de 48 heures, puis un délai de huit jours pour l'obtention des informations sollicitées. Ce délai est porté à deux mois pour les informations du dossier médical datant de plus de cinq ans ou quand la commission des hospitalisations en psychiatrie (CDHP) est saisie. Effectivement la loi a prévu des modalités particulières pour la psychiatrie pour les seuls patients en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou en hospitalisation d'office (HO) : dans ces cas, le médecin responsable de la prise en charge du patient peut imposer l'assistance d'un médecin, mais il est à noter que celui-ci est désigné par le demandeur. Si le patient refuse cette modalité la CDHP est saisie et tranche ; c'est notamment dans ce cas que le délai est porté à 2 mois pour la consultation des éléments du dossier.

Les majeurs protégés

Dans notre droit, l'incapacité entraînée par la loi n'est pas une incapacité de jouissance mais d'exercice. Le patient sous régime de protection conserve l'intégralité de ses droits mais, en raison de sa faiblesse, de sa pathologie, d'un trouble mental ou physique, il n'est pas capable de les exercer lui-même ou ne peut les exercer que grâce au soutien et au contrôle d'un tiers.

Il est important de bien comprendre que le seul régime de représentation est la tutelle. La curatelle et la sauvegarde de justice n'autorisent pas le curateur ou le mandataire à représenter le majeur. Ce dernier conserve donc ses droits et leur exercice dès l'instant où un texte précis n'impose pas la présence d'un tiers. Ainsi en matière de soins, un sujet sous sauvegarde ou sous curatelle est apte à décider seul. Dans le cas où, en pratique, cela ne serait pas le cas, il conviendrait de modifier la mesure.

Pour les sujets en tutelle, l'interprétation stricte des textes du *Code civil* permet de comprendre que c'est le Conseil de famille qui est compétent pour décider lorsque le patient n'est pas dans un intervalle lucide. Lorsque la tutelle est constituée sans conseil de famille (tutelle en gérance ou administration légale) c'est le juge des tutelles qui en tient lieu.

La loi du 4 mars 2002 est intervenue pour préciser certains droits du majeur en tutelle. Ainsi est-il prévu qu'il puisse recevoir une information en fonction de ses facultés de discernement (article L.1111-2 du *Code de la santé publique*). Son consentement doit être systématiquement recherché dès l'instant où le majeur sous tutelle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. De plus, lorsqu'un refus de traitement exprimé par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin est autorisé à délivrer les soins indispensables (article L. 1111-4 alinéa 5 du *Code de la santé publique*).

L'hospitalisation libre

Il s'agit, selon l'article L.3211-1 du *Code de la santé publique*, du régime normal d'hospitalisation en psychiatrie. Le malade dispose alors des libertés individuelles propres aux personnes hospitalisées dans des conditions ordinaires, notamment le droit de recevoir des visites.

Le placement à la demande d'un tiers

L'article L.3212-1 du *Code de la santé publique* impose deux conditions pour cette hospitalisation forcée. En effet, il faut, d'une part, que les troubles ne permettent pas l'expression d'un consentement. Selon le texte, ils doivent même le rendre impossible, et il faut, d'autre part, que l'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

L'initiative de la demande doit émaner d'un membre de la famille de la personne souffrant du trouble, ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci. Cette dernière formulation étant relativement vague, et la mesure ayant pour effet une atteinte directe sur les libertés individuelles, la détermination de cette personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, se fera selon une interprétation stricte. La personne de confiance constitue une catégorie qui justifie à l'avance ce lien personnel garantissant qu'elle agit dans l'intérêt de la personne, et ceux d'autant plus que la désignation de la personne de confiance se fait par écrit. Il convient de souligner que le juge des tutelles peut confirmer cette mission de la personne de confiance, malgré la nomination d'un tuteur.

Le *Code de la santé publique* prévoit une procédure précise quant à la production et à l'examen de la demande d'hospitalisation. Elle doit être écrite et signée par la personne qui en est l'auteur (sauf dans le cas où cette personne ne saurait pas écrire) et doit contenir notamment l'indication des relations existant entre elle et la personne objet de la demande en hospitalisation. Cette demande doit être accompagnée de deux certificats médicaux de moins de 15 jours. Un des médecins au moins ne doit pas exercer dans l'établissement d'accueil. Le directeur de l'établissement d'accueil peut se satisfaire en cas de péril imminent pour la santé du malade d'un seul certificat même émanant du médecin de l'établissement. Toutefois, dans ce cas, l'article L.3212-4 du *Code de la santé publique* impose l'établissement d'un nouveau certificat par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil, différent de ceux qui étaient précédemment intervenus, dans un délai maximal de 24 heures après l'admission, afin de confirmer ou d'infirmer les premiers constats. A réception de ce nouveau certificat, le directeur doit l'envoyer avec le bulletin d'entrée et des copies des deux premiers certificats au représentant de l'état et à la commission départementale des hospitalisations psychiatrique. Si le certificat n'est pas adressé à la dite autorité et à la commission départementale des hospita-

lisations psychiatrique, la levée de l'hospitalisation est de droit.

De même, la constatation par le psychiatre de la disparition des conditions d'hospitalisation entraîne la cessation de celle-ci, le certificat devant alors mentionner, selon l'article L.3212-8 du *Code de la santé publique*, l'évolution ou la cessation des troubles. Dans les 24 heures, le directeur de l'établissement doit informer les autorités concernées.

Enfin, le préfet conserve toujours la possibilité de faire cesser l'hospitalisation lorsque ces conditions ne sont plus réunies.

L'hospitalisation d'office

L'hospitalisation d'office constitue une atteinte particulièrement grave aux libertés individuelles dans l'intérêt de la société, et est donc soumise à des conditions sanitaires renforcées.

En effet, l'article L.3213-1 du *Code de la santé publique* prévoit que la personne doit présenter des troubles mentaux qui compromettent l'ordre public ou la sécurité des personnes.

L'article L.3213-1 du *Code de la santé publique* dispose que « les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. » Ainsi, c'est le degré de précision de la motivation et du certificat médical qui détermine, sous le contrôle du juge administratif, la légalité de l'arrêté préfectoral.

D'une manière générale, le préfet est tenu à une obligation d'information de toute mesure d'hospitalisation d'office, de son renouvellement ou de toute sortie.

L'article L.3222-5 du *Code de la santé publique* confère à la commission départementale des hospitalisations psychiatrique une compétence générale de surveillance de la situation des personnes hospitalisées pour troubles mentaux notamment au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Parmi ces fonctions, figure un rôle d'information et d'alerte à l'égard des autorités judiciaires et du préfet. Surtout, par son droit de visite sur place, il lui est possible de recueillir les réclamations du malade ou de son représentant, de même qu'elle peut garantir la transparence des procédures par l'examen du registre tenu par l'établissement d'accueil. Elle peut également saisir le président du Tribunal de Grande Instance afin d'ordonner la sortie immédiate. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » a modifié la composition de cette commission, en ajoutant deux représentants d'associations agréées.

Ce document est placé sous licence Creative commons

Vous êtes libres de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public selon les conditions suivantes :

Paternité. Vous devez citer le nom de l'auteur original de la manière indiquée par l'auteur de l'oeuvre ou le titulaire des droits qui vous confère cette autorisation (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'ils vous soutiennent ou approuvent votre utilisation de l'oeuvre).

Pas d'utilisation commerciale. Vous n'avez pas le droit d'utiliser cette création à des fins commerciales.

Pas de modification. Vous n'avez pas le droit de modifier, de transformer ou d'adapter cette création.

La licence Creative commons BYNC-ND est accessible en version intégrale à cette adresse :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Chacune de ces conditions peut être levée si vous obtenez l'autorisation du titulaire des droits sur cette oeuvre.

Rien dans ce contrat ne diminue ou ne restreint le droit moral de l'auteur ou des auteurs.

Janvier 2008.