Usagers de la santé

usagers votre **santé** vos **droits**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LE DÉFENSEUR DES DROITS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Usagers de la santé
votre santé vos droits

Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Défenseur des droits

Éditorial de Marisol Touraine

« Faire que notre système de santé reste, fort de ses valeurs de solidarité et d'universalité, le cœur battant de notre pacte social. »

L'information sur les droits des usagers de la santé constitue une priorité pour l'équilibre des relations soignants/soignés. Or, dix ans après le vote de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients, nos concitoyens ne les connaissent pas suffisamment.

Deux sondages réalisés début 2011 auprès du grand public et des professionnels de santé illustrent parfaitement cette situation : 70 % des personnes interrogées déclarent avoir le sentiment de ne pas savoir quels sont leurs droits et 44 % pensent qu'elles doivent obligatoirement demander l'autorisation de leurs médecins pour accéder à leurs dossiers médicaux.

Les professionnels de santé, s'ils sont favorables à la mise en avant des droits des patients, restent très démunis pour leur application dans leur pratique quotidienne, faute de temps, de formation…

C'est sur la base de ce constat que j'ai souhaité mettre à disposition du grand public, ce guide qui rassemble, de manière synthétique, les principaux points de repères pour la connaissance sur les droits. Il ne s'agit en aucun cas de reproduire des textes d'ores et déjà existants mais de contribuer à orienter le patient vers les sites, numéros verts et publications de référence existants.

La sélection des thèmes abordés dans ce guide a été pragmatique. Elle s'est appuyée à la fois sur l'analyse des réclamations qui parviennent au ministère de la Santé ou au pôle santé/sécurité des soins du Défenseur des droits, ainsi que sur les résultats des sondages réalisés auprès du grand public.

Ainsi, cinq thèmes sont traités dans le guide avec pour chacun d'entre eux, une même présentation sous forme de questions/réponses et une rubrique « En savoir plus » afin de favoriser les liens avec des sources d'information plus spécialisées.

Enfin, ce guide s'est attaché à fournir à tout usager du système de santé, des « points de contacts » régionaux qui lui permettront de s'orienter en région vers les structures et instances adaptées en cas de non-respect de ses droits.

Tout est question d'équilibre et ce guide doit permettre de contribuer à améliorer ce qui est au cœur de la qualité de notre système de santé, à savoir une relation soignants/soignés basée sur la confiance, l'estime et le respect réciproque. C'est d'ailleurs tout le sens de la stratégie nationale de santé que j'ai annoncée en septembre 2013, soutenue par le président de la République et le Premier ministre, dont l'un des trois piliers vise précisément à développer les droits des patients et à faire que notre système de santé reste, fort de ses valeurs de solidarité et d'universalité, le cœur battant de notre pacte social.

Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Éditorial de Dominique Baudis

« Contribuer à soutenir la personne malade, souvent vulnérable, qui a besoin d'être aidée et orientée dans ses démarches. »

De nombreux textes prévoient la reconnaissance des droits individuels et collectifs devant le système de santé : accès aux soins, qualité de la prise en charge des patients, défense des droits des usagers du système de santé…
Pour les rendre le plus efficace possible, il reste à garantir une meilleure connaissance des droits des usagers du système de santé, notamment ceux ouverts par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades qui organise une participation effective des patients à leur prise en charge médicale.
En complément d'une mission de protection et d'assistance aux victimes, la loi organique du 29 mars 2011 a confié au Défenseur des droits une mission de promotion des droits. Dans ce cadre, notre institution s'attache à sensibiliser à ces droits les usagers du système de soins et les personnes malades. Il vise également à mieux faire connaître et prendre en compte ces droits par l'ensemble des acteurs du système de santé.

Accès au dossier médical, désignation d'une personne de confiance, directives anticipées, accès à l'information, consentement, accès aux dispositifs gratuits de santé, droits des personnes détenues… Autant d'actes et de situations dans lesquels la question de l'information s'avère fondamentale.

C'est dans cet esprit que le Défenseur des droits a contribué à la rédaction de ce guide, qui rend accessible tout un ensemble d'information de façon pédagogique et synthétique, en croisant les expertises des services du Défenseur des droits et du ministère chargé de la Santé.

Je souhaite que ce guide contribue à soutenir la personne malade, souvent vulnérable, qui a besoin d'être aidée et orientée dans ses démarches afin que la relation entre soignants et patients se développe dans la confiance et le respect mutuel.
Plus largement, ce guide devrait profiter à l'ensemble des usagers du système de santé (famille des personnes malades…) et à ses acteurs.

Dominique BAUDIS
Défenseur des droits

Partie 1 ► J'ai besoin de soins

Fiche 1	L'accès aux soins	9
Fiche 2	Le refus de soins par un professionnel de santé	13
Fiche 3	Les soins aux personnes en situation précaire	17
Fiche 4	Les soins aux personnes majeures protégées	21
Fiche 5	Les soins lors d'un séjour à l'étranger	27
Fiche 6	Les soins psychiatriques	29
Fiche 7	Les soins à domicile	35

Partie 2 ► Je suis acteur de ma santé

Fiche 8	L'information du patient	39
Fiche 9	La personne de confiance	43
Fiche10	Le consentement aux soins	47
Fiche 11	L'accès au dossier médical	51
Fiche 12	Le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé	57
Fiche 13	Les soins aux personnes mineures	61
Fiche 14	Les soins aux personnes détenues	65
Fiche 15	Le don d'organes	69

Partie 3 ► Je m'informe sur la qualité des soins

Fiche 16	Les indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction	75
Fiche 17	La prise en charge de la douleur	79
Fiche 18	Le bon usage des médicaments	83
Fiche 19	La bientraitance	87

Partie 4 ► Je m'informe sur la fin de vie

Fiche 20	Les directives anticipées	91
Fiche 21	Les soins palliatifs	95
Fiche 22	La fin de vie	99

Partie 5 ► Je fais valoir mes droits

Fiche 23	La médiation en établissement de santé	105
Fiche 24	Les plaintes devant les ordres professionnels	109
Fiche 25	Les voies de recours en cas de dommages liés aux soins	113
Fiche 26	La représentation des usagers du système de santé	117

Annexes

Annexe 1	Le Défenseur des droits	123
Annexe 2	La procédure d'indemnisation devant la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI)	127
Annexe 3	La procédure devant le juge administratif	131
Annexe 4	La procédure devant le juge civil	135
Annexe 5	La procédure devant le juge pénal	139
Annexe 6	Adresses des agences régionales de santé	143
Annexe 7	Sigles et adresses Internet	145

Quelques mots sur ce guide…

Ce guide, composé de 26 fiches pratiques réparties entre six thématiques, aborde les grands domaines de la prise en charge sanitaire : l'accès aux soins, le patient acteur de sa santé, l'information sur la qualité des soins, l'information sur la fin de vie, la valorisation des droits et des annexes détaillées.

Grâce à un système de questions/réponses courtes et claires, il vous assure un décryptage aisé de vos droits pour en favoriser une plus grande lisibilité dans ces grands domaines et, ainsi, vous en permettre une meilleure appropriation.

Ce guide a également vocation à vous orienter aisément vers les sources d'information déjà existantes : pour ce faire, des références de sites Internet jalonnent très régulièrement les fiches et vous aideront à compléter les éléments contenus dans le guide. Dans la version en ligne, il vous suffira de cliquer directement sur les liens indiqués pour être dirigé vers les sites correspondants ou encore être renvoyé vers des fiches internes du guide.

En complément et si vous souhaitez vous documenter plus précisément sur un thème abordé dans le guide, n'hésitez pas à vous reporter aux coordonnées des interlocuteurs et des institutions ressources, recensées fiche après fiche ou en annexe.

À retenir

Les données disponibles dans ce guide évolueront régulièrement en fonction de l'actualité autour des droits des usagers de la santé et – surtout – de leurs questionnements en matière d'information et de prise en charge.N'hésitez pas à consulter régulièrement la version en ligne.

J’ai besoin de soins

Fiche 1 L’accès aux soins

Fiche 2 Le refus de soins par un professionnel de santé

Fiche 3 Les soins aux personnes en situation précaire

Fiche 4 Les soins aux personnes majeures protégées

Fiche 5 Les soins lors d’un séjour à l’étranger

Fiche 6 Les soins psychiatriques

Fiche 7 Les soins à domicile

Fiche 1

L'accès aux soins

Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours que l'on appelle le parcours de soins coordonnés. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif par l'usager de la santé conditionne la prise en charge normale de ses dépenses de santé par la Sécurité sociale.

Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés ?

Le parcours de soins coordonnés consiste à choisir et à consulter en priorité un médecin, dit médecin traitant, pour votre suivi médical. Si vous respectez le parcours de soins, vous êtes remboursé normalement. Sinon, vous supportez des pénalités financières.
Cependant, vous pouvez consulter un autre médecin que votre médecin traitant, sans subir de pénalités financières, dans les situations suivantes :

- médecin traitant indisponible : vous pouvez consulter son remplaçant ou un médecin exerçant dans le même centre ou cabinet ;
- médecin généraliste installé depuis moins de cinq ans ;
- médecin généraliste installé dans une zone déficitaire ;
- consultation hospitalière en tabacologie, alcoologie ou lutte contre les toxicomanies ;
- consultation dans un centre de médecine humanitaire ou de planification et d'éducation familiale ;
- consultation en cas d'urgence ou d'éloignement.

Suis-je libre de choisir mon médecin ?

Vous pouvez choisir librement votre médecin. Ce choix peut être conditionné par l'emplacement géographique du cabinet, les habitudes de la famille, la renommée ou les honoraires du praticien.
Vous avez la possibilité de changer de médecin traitant à tout moment. Cependant, il vous faudra informer votre caisse d'assurance maladie au moyen du formulaire Cerfa n° 12485.
Ce formulaire peut également vous être remis par le médecin lors de la première consultation.

Cependant, dans un contexte d'urgence, vous ne pourrez pas choisir votre médecin. À l'hôpital public, il est possible que plusieurs médecins s'occupent de vous (un interne, un chef de clinique, voire un professeur de médecine). Un médecin référent supervisera l'ensemble des examens et de votre prise en charge, et signera votre compte-rendu d'hospitalisation.

Comment mes soins sont-ils remboursés?

Toute personne qui n'a pas déclaré de médecin traitant ou qui ne respecte pas le parcours de soins coordonnés doit assumer une majoration de sa participation aux frais d'assurance maladie (ticket modérateur* de 40 % – article R. 322-1-1 du Code de la sécurité sociale). Dans certaines situations (éloignement géographique, urgence, vacances, etc.) vous restez dans le parcours de soins coordonnés même si vous ne consultez pas votre médecin traitant. Si votre médecin traitant est indisponible, son remplaçant habituel utilisera ses feuilles de soins et vous serez remboursé normalement.

Je suis mécontent de l'orientation d'un proche vers une structure, à qui dois-je m'adresser ?

Tout dépend du mécontentement. Éloignement géographique ? Familial ? Prise en charge médicale ?
Il convient de se rapprocher du prescripteur (par exemple : le médecin traitant) afin de lui expliquer les griefs que vous portez quant à cette orientation. Il pourra peut-être vous indiquer un autre lieu de prise en charge.
Cependant, il n'est pas toujours possible d'orienter un patient dans une structure qui lui convienne à lui ou à ses proches. En effet, tout dépend des besoins médicaux, chirurgicaux du patient ou de son handicap.

Quelles sont les obligations des professionnels de santé en matière d'information sur les tarifs ?

Le professionnel de santé est tenu d'informer son patient, avant l'exécution d'un acte, sur les coûts qu'il entraîne et sur les conditions de son remboursement par l'assurance maladie.

* Partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de votre situation, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

Avant toute consultation, il est donc recommandé de demander le détail des tarifs pratiqués par le professionnel de santé.
Le montant des honoraires ou la fourchette des tarifs pratiqués ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie correspondant aux prestations les plus courantes doivent être affichés de manière visible et claire, dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice de tous les professionnels de santé.
En cas de non-respect des obligations d'affichage, les praticiens concernés s'exposent à une amende pouvant atteindre 3 000 €.
Par ailleurs, une information écrite doit être remise aux patients pour tous les actes supérieurs à 70 € avant leur réalisation et pour tous les actes, même ceux dont le prix est inférieur à 70 €, s'il est prévu de les réaliser lors d'une consultation ultérieure.

Je souhaite contester une décision prise par ma caisse d'assurance maladie, comment procéder ?

Il est possible de contester une décision prise par votre caisse d'assurance maladie.
Les voies de recours et les procédures à suivre sont différentes selon qu'il s'agit d'une décision d'ordre administratif, une décision d'ordre médical, ou une décision concernant l'invalidité ou l'incapacité permanente de travail.

Contester une décision d'ordre administratif

Pour contester une décision individuelle de nature administrative (par exemple : un refus de remboursement de soins ou de versement d'indemnités journalières), vous devez tout d'abord saisir la commission de recours amiable (CRA) de votre caisse d'assurance maladie.
Si votre demande est rejetée, vous pourrez ensuite engager une procédure auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).
Le cas échéant, vous pourrez poursuivre la procédure devant la cour d'appel du ressort de votre domicile ou encore former un pourvoi en cassation devant la Cour de cassation (cf. annexe sur la procédure).

Contester une décision d'ordre médical

Pour contester une décision d'ordre médical, vous devez tout d'abord demander une expertise médicale auprès de votre caisse d'assurance maladie.
Si vous contestez l'application faite par votre caisse d'assurance maladie des conclusions de l'expertise médicale, vous pourrez saisir la commission de recours amiable de votre caisse d'assurance maladie.
Vous pourrez ensuite, éventuellement, engager une procédure auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).
Si votre demande est rejetée, vous pourrez interjeter appel auprès de la cour d'appel et, le cas échéant, vous pourvoir devant la Cour de cassation.

Contester une décision concernant le classement dans une catégorie d'invalidité ou l'attribution d'un taux d'incapacité partielle permanente

Pour contester une décision concernant l'invalidité (par exemple : le classement dans une catégorie d'invalidité) ou l'incapacité permanente de travail (par exemple : la fixation du taux d'incapacité permanente), vous devez saisir le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI). Vous pourrez ensuite, éventuellement, interjeter appel auprès de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT), puis vous pourvoir devant la Cour de cassation.

Le parcours de soins coordonnés consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé.

En savoir plus

Fiches

Fiche 2 - Le refus de soins par un professionnel de santé
Fiche 5 - Les soins lors d'un séjour à l'étranger
Fiche 7 - Les soins à domicile
Fiche 12 - Le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé
Fiche 16 - Les indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction

Sites Internet

La rubrique « vos droits » du site service public.fr
Le site de l'assurance maladie
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 2

Le refus de soins par un professionnel de santé

Le refus de soins s'entend par tout comportement qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à votre état de santé. Bien qu'il soit possible pour un professionnel de santé de refuser de dispenser des soins, cette faculté ne doit pas s'apparenter à une discrimination.

Que peut faire le professionnel de santé ?

Un professionnel de santé peut refuser ses soins, c'est la clause de conscience du médecin. C'est, pour le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Mais cette possibilité n'est envisageable que sous certaines conditions strictement définies. En effet, il peut refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, par exemple en cas de mésentente avec un patient, d'un comportement agressif, ou d'incompétence compte tenu de la spécificité d'une maladie… S'il se dégage de sa mission, il doit vous en avertir sans délai et transmettre au médecin que vous aurez désigné les informations utiles à la poursuite des soins.

Que doit faire le professionnel de santé ?

La faculté de refuser la prise en charge d'un patient évoquée ci-dessus comporte deux limites :

- en situation d'urgence, le professionnel de santé est tenu d'agir aussi bien en vertu de ses obligations professionnelles que d'une obligation plus générale de porter secours à toute personne en situation de détresse. Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé d'une telle situation, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ;
- dans le cas où il manquerait à ses « devoirs d'humanité ». Par exemple, le professionnel de santé a le devoir de prendre en charge votre douleur, de conserver une attitude correcte et attentive envers vous. En toute circonstance, il doit porter assistance à une personne en danger, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Que ne peut pas faire le médecin ?

Il est interdit au médecin de refuser de soigner un malade pour un motif discriminatoire ou pour des raisons financières

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Dès lors, tout professionnel de santé qui refuserait de dispenser des soins à un patient en raison de son origine, de son sexe, de sa situation familiale, de son état de santé, de son handicap, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, sera susceptible de se voir infliger des sanctions disciplinaires, pénales ou civiles.
Les hypothèses de discrimination les plus nombreuses concernent les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale de l'État (AME). Si tel est votre cas, la loi impose aux médecins de vous appliquer le tarif conventionnel, prohibe les dépassements d'honoraires et impose le recours à des tiers payants. Les professionnels de santé qui refuseraient votre prise en charge se rendraient coupables d'un refus illicite.

Il est interdit au médecin de pratiquer des dépassements d'honoraires abusifs

Les professionnels de santé disposent d'une certaine liberté dans la fixation de leurs honoraires. La seule limite réside dans l'obligation de tact et mesure qui leur impose de modérer les dépassements d'honoraires lorsqu'ils sont habilités à en pratiquer. L'appréciation de l'obligation du tact et de la mesure est définie au travers de cinq critères, à savoir la notoriété du professionnel de santé concerné, la situation du patient, la technicité de l'acte, le service rendu, et enfin le tarif moyen des autres pratriciens.
Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif de remboursement de l'assurance maladie en vigueur.
Par ailleurs, l'assurance maladie a mis en place un dispositif d'information sur les tarifs des professionnels de santé : plate-forme « amelie-direct.fr », disponible sur www.ameli.fr.

Quels sont mes recours en cas de refus de soins ?

Si vous vous estimez victime d'un refus de soins illégitime, vous avez la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné (médecins, infirmiers, chirurgien-dentiste…) en vue de faire sanctionner le professionnel. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Le destinataire de cette plainte informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Une procédure de conciliation est alors menée par une commission mixte composée de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre et de l'organisme local d'assurance maladie. En cas d'échec de la conciliation, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente.

Le professionnel de santé doit écouter, examiner, conseiller ou soigner toutes les personnes sans discrimination, y compris pour des raisons financières. Bien qu'il ait la possibilité de refuser de dispenser des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, la continuité des soins doit être assurée et le médecin doit vous rediriger vers un professionnel compétent.

En savoir plus

Fiches

Fiche 1 - L'accès aux soins
Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 16 - Les indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction
Fiche 17 - La prise en charge de la douleur

Sites Internet

Résoudre le refus de soins
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 3

Les soins pour les personnes en situation précaire

L'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux de l'usager. Il peut se définir comme la faculté offerte à chacun de recevoir des soins préventifs ou curatifs sans référence à une situation sociale ou à un état de santé. Si vous disposez de faibles ressources ou êtes en situation de précarité, des dispositifs spécifiques d'accès aux soins existent.

Je ne suis pas affilié à la Sécurité sociale, comment puis-je accéder aux soins ?

Je suis de nationalité française

La couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière depuis plus de trois mois de bénéficier de la prise en charge des soins par les assurances maladie et maternité du régime général.

Si vous ne relevez pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie à quelque titre que ce soit, vous devez constituer un dossier de demande de CMU de base en retirant un formulaire à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou caisse générale de la Sécurité sociale (CGSS) de votre lieu de résidence et le lui transmettre accompagné des pièces justificatives précisées dans cet imprimé (le cas échéant, le service social de l'établissement de santé où vous êtes pris en charge peut vous aider dans cette démarche).

Les taux de remboursement sont identiques à ceux appliqués aux autres assurés du régime général (de 60 % à 100 % pour les actes et prestations et de 15 % à 100 % pour les médicaments). Ainsi, vos frais d'hospitalisation sont pris en charge à 80 %, sauf cas d'exonération de la participation de l'assuré (ticket modérateur) ou prise en charge par l'assurance maternité. Cette prise en charge ne s'applique pas au ticket modérateur ni au forfait hospitalier lorsqu'ils sont dus, ni aux frais de confort personnel (ex : chambre individuelle) ou aux dépassements d'honoraires.

Vous devrez payer une cotisation en fonction de vos revenus qui correspondent au revenu fiscal de référence indiqué sur votre avis d'imposition sauf dans les cas où vos revenus sont inférieurs à un plafond fixé annuellement (le plafond annuel de ressources qui détermine la gratuité de votre affiliation est ainsi fixé à 9 164 € pour la période du 1er octobre 2011 au 30 septembre 2012 et devrait être porté à 9 356 € pour la période du 1er octobre 2012 au 30 septembre 2013).
Si votre revenu fiscal de référence est supérieur à ce plafond, vous serez redevable d'une cotisation correspondant à 8 % du montant de votre revenu fiscal dépassant ce plafond et qui sera due selon un rythme trimestriel.
Si votre revenu fiscal de référence est inférieur à ce plafond ou si vous êtes allocataire du revenu de solidarité active (RSA) socle ou si vous bénéficiez de la CMU complémentaire, vous ne serez redevable d'aucune cotisation.

Comment bénéficier de la CMU complémentaire ?

La CMU complémentaire est une protection complémentaire (comparable à une mutuelle ou une assurance complémentaire) mais gratuite et accordée pour un an renouvelable, sur la base des ressources des 12 mois précédant votre demande.
Pour en bénéficier, vous devez habiter en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière, et le revenu mensuel de votre foyer ne doit pas dépasser un certain montant (à compter du 1er juillet 2012, 661 € de ressources mensuelles pour une personne seule).
Il vous faut adresser à votre caisse d'assurance maladie le formulaire de demande de CMU complémentaire et les pièces justificatives qui y sont indiquées.

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur s'il n'est pas déjà pris en charge à un autre titre ainsi que le forfait journalier en cas d'hospitalisation. Elle vous permet également de bénéficier de la dispense d'avance de frais chez tous les professionnels de santé pour vos soins remboursables et les médecins (généralistes et spécialistes) ne doivent pas vous facturer de dépassement d'honoraires.

Vos soins remboursables seront donc pris en charge à 100 % et vous n'aurez pas à payer la participation forfaitaire d'un euro ni les franchises.

En outre, la CMU complémentaire prend également en charge, sans avance de frais et dans des limites fixées par arrêtés, une partie des frais non remboursables pour les prothèses dentaires, les prothèses auditives et l'optique.

Qui peut bénéficier de l'aide médicale de l'État ?

Vous êtes étranger, résidant en France (métropolitaine ou dans un département d'outre-mer) en situation irrégulière depuis plus de trois mois et vos ressources ne dépassent pas un certain plafond (le même que celui de la CMU complémentaire) : vous avez droit à l'AME.
Si vous avez des personnes à charge, elles peuvent aussi bénéficier de l'AME. Les personnes à votre charge peuvent être :
- votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- vos enfants à charge (moins de 16 ans, au-delà et jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

Comment obtenir l'AME ?

Pour faire une demande d'AME, remplissez le formulaire « demande d'aide médicale de l'État » et transmettez-le, accompagné des pièces justificatives, à la caisse d'assurance maladie (CPAM ou CGSS) de votre lieu de résidence.

Qui peut m'aider à formuler une demande d'AME ?

Pour demander une assistance à la constitution et/ou à la transmission de votre dossier de demande d'AME, adressez-vous à l'un des organismes habilités : le centre communal d'action sociale (CCAS) de votre ville, les services sanitaires et sociaux, une association agréée ou un établissement de santé. Ces organismes doivent transmettre votre dossier à la caisse d'assurance maladie, avec votre accord, dans un délai de huit jours.

Existe-t-il des autorisations provisoires de séjour pour soins ?

L'admission au séjour de l'étranger malade se fait désormais en l'absence de traitement approprié dans son pays d'origine, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle.

Toute personne résidant en France de façon stable et régulière depuis au moins trois mois et qui n'a pas de couverture sociale peut bénéficier de la Sécurité sociale par l'intermédiaire de la couverture maladie universelle (CMU). Elle peut aussi, sous conditions de ressources, bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite pour une période d'un an renouvelable.
Que ce soit pour bénéficier de la CMU de base et/ou complémentaire ou de l'AME, les personnes sans domicile fixe doivent faire élection de domicile auprès d'une association agréée ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS).

En savoir plus

Fiches
Fiche 1 - L'accès aux soins
Fiche 2 - Le refus de soins par un professionnel de santé

Sites internet
L'accès aux soins des plus démunis
Le site de l'assurance maladie
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 4

Les soins aux personnes majeures protégées

La maladie, le handicap ou un accident peuvent altérer vos facultés intellectuelles ou physiques - ou celles d'un de vos proches - et vous rendre incapable de défendre vos intérêts. Il existe des dispositifs de protection correspondant à plusieurs degrés d'incapacité qui visent à pallier à l'altération de vos possibilités en désignant une personne qui vous assistera ou vous représentera.

Qui prend l'initiative de la mise sous protection juridique ?

Le demandeur d'un dossier d'ouverture d'une mesure de protection peut être :

- le majeur lui-même ;
- son conjoint, son partenaire de Pacs ou son concubin, à moins que la vie commune n'ait cessé entre eux ;
- un parent (frère, sœur…) ou une personne entretenant avec le majeur des « liens étroits et stables » (ami proche) ;
- la personne qui exerce déjà à l'égard du majeur concerné une mesure de protection juridique ;
- le procureur de la République (d'office ou sur demande d'un tiers, par exemple le médecin traitant ou le médecin hospitalier, un service social).

Qui est concerné ?

Toute personne dans l'impossibilité de défendre seule ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles, de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique. La mesure est proportionnée et individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé.

La sauvegarde de justice sera privilégiée, lorsque l'incapacité de la personne est temporaire ou que son état de santé nécessite une protection immédiate pendant l'instruction de la demande aux fins de mise en place d'une mesure plus protectrice (tutelle ou curatelle). C'est une mesure de protection immédiate, souple et de courte durée.

La curatelle répond aux besoins de protection d'une personne ayant subi une altération de ses facultés mentales et qui nécessite qu'elle soit assistée et conseillée dans les actes les plus graves de la vie civile. Elle consacre la semi capacité de la personne protégée. La curatelle peut être simple ou renforcée en fonction des difficultés rencontrées par la personne.

Enfin, la tutelle sera choisie pour protéger des personnes majeures ayant besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile.

Par ailleurs, afin d'anticiper le jour où vous rencontrerez des difficultés à gérer l'ensemble de votre patrimoine (revenus, dépenses, placements financiers et biens immobiliers), ou à prendre des décisions relatives à votre personne, il vous est aussi possible de conclure dès maintenant un mandat de protection future, afin qu'une ou plusieurs personnes de votre choix assurent, le moment venu, la protection de votre patrimoine et sa gestion pour votre compte. Si vous l'avez prévu et que vous êtes dans l'incapacité de prendre vous même des décisions personnelles, le juge pourra autoriser que le mandataire prenne certaines décisions relatives à la protection de votre personne.

CURATELLE ET TUTELLE

SAUVEGARDE DE JUSTICE

1/ Délivrance d'un certificat médical circonstancié

Toute demande d'ouverture d'une mesure de protection auprès du juge des tutelles doit être obligatoirement accompagnée d'un certificat médical décrivant l'éventuelle altération des facultés de la personne et l'évolution prévisible, et précisant les conséquences de cette altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation. Ce certificat doit être établi par un médecin choisi parmi ceux inscrits sur une liste établie par le procureur de la République et pouvant être obtenue au greffe des tribunaux d'instance. Ce médecin a la possibilité de demander l'avis du médecin traitant de la personne.
Ce certificat médical a un coût.

2/ Examen de la demande par le juge des tutelles

Outre le certificat médical circonstancié, la demande doit comporter l'identité de la personne à protéger et l'énoncé des faits qui appellent cette protection.
Elle est adressée au juge des tutelles dont dépend le lieu de résidence du majeur à protéger, ou celui de son tuteur s'il en a un.

3/ Désignation du curateur ou du tuteur

À l'audience, le juge entend la personne à protéger (si cela est possible), celle qui a fait la demande, et leurs éventuels avocats. Le juge nomme, s'il y a lieu, un curateur (ou un tuteur), en tenant compte des sentiments exprimés par la personne à protéger, de son contexte relationnel et des recommandations de ses proches.
Le curateur (ou le tuteur) est tenu de rendre compte de l'exécution de son mandat à la personne protégée et au juge.

Quelles sont les effets de ces mesures pour les personnes vulnérables sur les actes de la vie courante ?

Dispositifs de protection	Niveau de protection	Conséquences
Sauvegarde de justice	+	➤ La personne conserve le droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, sauf, le cas échéant, si le juge des tutelles a désigné un mandataire spécial pour accomplir un ou plusieurs actes déterminés. ➤ Si la personne présente une demande en divorce, l'examen de celle-ci ne peut avoir lieu qu'après organisation de la tutelle ou de la curatelle, ou une fois que la mesure de sauvegarde a pris fin. ➤ La sauvegarde permet de contester en justice des actes contraires aux intérêts du majeur, qu'il aurait passés pendant la sauvegarde de justice, soit en les annulant, soit en en atténuant les effets pour la personne protégée.
Curatelle simple	++	Le principe est que la personne conserve le pouvoir de prendre, seule ou assistée, les décisions qui la concernent, le curateur ne pouvant se substituer à elle. Ainsi : ➤ La personne accomplit seule les actes de gestion courante, comme la gestion du compte bancaire ou la souscription d'une assurance. ➤ En revanche, elle doit être assistée de son curateur pour des actes plus importants (exemple : signer une convention de pacte civil de solidarité, consentir à un emprunt), cette assistance se manifestant, lors de la conclusion d'un acte écrit, par l'apposition de la signature du curateur à côté de celle de la personne protégée. ➤ Le mariage d'une personne en curatelle n'est permis qu'avec l'autorisation du curateur ou, à défaut, celle du juge. Mais le majeur est seul acteur de son divorce éventuel, tous les actes de la procédure devant toutefois être également notifiés au curateur pour qu'il puisse assister l'intéressé si nécessaire. ➤ À tout moment, le juge peut moduler la curatelle, en énumérant certains actes que la personne a la capacité de faire seule ou, à l'inverse, en ajoutant des actes à ceux pour lesquels l'assistance du curateur est exigée.
Curatelle renforcée	+++	Le curateur est chargé par le juge de gérer les revenus du majeur et d'assurer le règlement de ses dépenses, en rendant compte de sa gestion au juge des tutelles.
Tutelle	++++	Il n'est recouru à la mesure de tutelle que s'il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer à la personne une protection suffisante. La protection de la personne : ➤ Une personne protégée par une tutelle prend seule en principe les décisions relatives à sa personne (se déplacer, changer d'emploi) dans la mesure où son état le permet et accomplit seule certains actes dits "strictement personnels" (par exemple, déclarer la naissance d'un enfant). ➤ Le majeur sous tutelle doit obtenir l'autorisation du juge et, le cas échéant, du conseil de famille, pour se marier, signer une convention de pacte civil de solidarité ou demander le divorce. Si le majeur est

Dispositifs de protection	Niveau de protection	Conséquences
Tutelle	++++	destinataire d'une demande de divorce de son conjoint, il est entièrement représenté par son tuteur dans la procédure. Par ailleurs, comme s'agissant des personnes placées sous sauvegarde de justice, ou en curatelle, un majeur placé sous tutelle ne peut divorcer par consentement mutuel ou pour acceptation du principe de la rupture du mariage. ➤ La tutelle n'entraîne pas la privation de l'autorité parentale. La protection du patrimoine : ➤ L'ouverture d'une tutelle intervient lorsque l'état de santé d'une personne ne lui permet plus du tout de s'occuper seule de ses affaires, ou d'exercer sur celles-ci un suivi avec l'aide apportée par une autre personne. Dans de telles situations, le tuteur a pour fonction de représenter la personne dans tous les actes de la vie civile. ➤ Le tuteur a la faculté d'effectuer seul les actes d'administration (effectuer des travaux d'entretien dans le logement de la personne protégée). ➤ En revanche, seul le juge, ou le conseil de famille s'il a été constitué, peut autoriser les actes de disposition (vendre un appartement). Le majeur peut faire seul son testament avec l'autorisation du juge ou, s'il a été constitué, du conseil de famille. Il peut le révoquer seul. Le majeur en tutelle peut faire des donations en étant assisté ou représenté par le tuteur, avec l'autorisation du juge ou, le cas échéant, du conseil de famille. Comme pour ce qui est de la curatelle, la loi offre au juge la possibilité de moduler la tutelle, afin de tenir compte des souhaits du majeur et de sa capacité à effectuer certains actes. Le juge énumère alors certains actes que la personne pourra effectuer soit seule, soit avec l'assistance de son tuteur.

Quels sont les droits des patients vulnérables ?

Dispositifs de protection	Information médicale	Consentement	Accès au dossier médical
Sauvegarde de justice	Les majeurs sous sauvegarde de justice ou sous curatelle exercent personnellement leurs droits et reçoivent directement les informations relatives à leur état de santé. Le curateur ne pourra recevoir du médecin ces informations que si la personne protégée l'y autorise.	Les majeurs sous sauvegarde de justice ou sous curatelle doivent, comme tout un chacun, personnellement consentir à l'acte médical envisagé. Leur consentement est révocable à tout moment. Il ne peut être passé outre leur refus, sauf cas d'urgence.	La communication du dossier médical se fait à la demande du patient, selon la même procédure que pour les personnes majeures en général.
Curatelle			

Dispositifs de protection	Information médicale	Consentement	Accès au dossier médical
Tutelle	L'information médicale est délivrée au tuteur. Toutefois, le majeur sous tutelle a le droit de recevoir directement l'information et de participer à la prise de décision le concernant. Cette information et cette participation à la décision seront alors adaptées aux facultés de discernement de l'intéressé.	Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision le concernant. Son consentement est révocable à tout moment. Par conséquent, le seul consentement du représentant légal doit demeurer exceptionnel et n'être envisagé que lorsque le majeur protégé se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Par ailleurs, sauf urgence, la personne chargée de la protection de la personne du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité de la personne ou à l'intimité de sa vie privée. Enfin, le médecin a la possibilité de délivrer les soins indispensables en cas de refus du tuteur risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé.	Le tuteur est, en tant que représentant légal, la seule personne autorisée à pouvoir accéder au dossier médical du majeur protégé. Il lui incombe toutefois, dans toute la mesure du possible, de porter à la connaissance du majeur protégé le contenu du dossier médical.

Dispositifs de protection	Recours possibles
Sauvegarde de justice	Le principe général est que toutes les décisions prises par le juge des tutelles peuvent faire l'objet d'un recours. Une exception à ce principe existe en cas de sauvegarde de justice sur décision du juge : aucun recours n'est alors possible, car cette mesure, du reste provisoire, n'entraîne pas en soi de modification des droits de l'intéressé. En revanche, si cette décision s'accompagne de la désignation d'un mandataire spécial, le recours est possible (dans les 15 jours à compter de la réception de la notification, par déclaration faite ou adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au greffe du tribunal d'instance). En cas de sauvegarde de justice sur déclaration médicale au procureur de la République, la personne protégée peut introduire un recours amiable auprès du procureur de la République, pour obtenir la radiation de cette sauvegarde.

Dispositifs de protection	Recours possibles
Curatelle et tutelle	En cas d'ouverture ou de refus de mettre fin à une curatelle ou une tutelle, la personne protégée elle-même, son curateur (ou tuteur), la personne avec laquelle elle vit en couple, ainsi que toute personne entretenant des liens étroits et stables avec elle peut faire appel de la décision. En cas de refus de mise en place de la curatelle ou de la tutelle, seule la personne qui a déposé la demande de placement sous curatelle ou tutelle peut contester le jugement. Il peut également être fait appel de toute ordonnance rendue par le juge des tutelles pour autoriser, ou refuser d'autoriser, le majeur à accomplir certains actes. L'appel s'exerce dans les 15 jours suivant le jugement ou la date de sa notification pour les personnes à qui il est notifié. Il est formé par déclaration faite ou adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au greffe du tribunal. S'il n'est pas nécessaire de prendre un avocat, le recours à ce professionnel est naturellement possible. À défaut de le choisir lui-même, l'auteur du recours peut demander à ce qu'il lui en soit désigné un d'office. Si ses ressources sont insuffisantes pour payer les honoraires, il peut demander le bénéfice de l'aide juridictionnelle.

Les personnes dont les facultés mentales ou corporelles sont gravement altérées peuvent bénéficier de mesures de protection afin de prévenir les conséquences de leur dépendance sur les actes de la vie quotidienne susceptibles d'engager leur santé, leur responsabilité, leurs droits ou encore leurs finances.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 20 - Les directives anticipées

Sites Internet

Accéder à ses droits
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 5

Les soins lors d'un séjour à l'étranger

Lorsque vous partez à l'étranger, des précautions sont à prendre pour pouvoir bénéficier de soins et en obtenir le remboursement.

Comment sont prises en charge mes dépenses de santé lors d'un séjour en Europe ?

Que faire avant de partir ?

Vous partez en vacances ou pour un motif autre que médical dans un pays de l'UE-EEE ou en Suisse. Avant votre départ, procurez-vous la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) en contactant votre caisse d'assurance maladie. Elle vous permettra d'attester de vos droits à l'assurance maladie et de bénéficier d'une prise en charge sur place des soins médicaux ou dentaires imprévus, selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour.

Que faire en cas de soins médicaux imprévus pendant votre séjour temporaire en Europe ?

Si vous avez présenté votre carte européenne d'assurance maladie ou un certificat provisoire de remplacement si votre départ a lieu dans moins de 15 jours, vous bénéficierez de la prise en charge de vos soins médicaux selon la législation et les tarifs en vigueur dans le pays de séjour :

- soit vous n'avez pas à faire l'avance des frais médicaux ;
- soit vous faites l'avance des frais médicaux et vous serez remboursé sur place, par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour.

Si vous n'avez pas présenté votre CEAM, n'oubliez pas de demander une facture pour vous faire rembourser à votre retour en France auprès de votre caisse d'assurance maladie, selon les tarifs pratiqués sur le lieu de séjour ou, avec votre accord, selon la législation française.

Comment sont prises en charge mes dépenses de santé lors d'un séjour hors de l'Europe ?

Seuls les soins urgents imprévus pourront éventuellement être pris en charge par votre caisse d'assurance maladie.

Dans ce cas, vous devrez régler vos frais médicaux sur place. Conservez les factures et justificatifs de paiement et présentez-les, à votre retour, à votre caisse d'assurance maladie. Au vu de ces justificatifs, le médecin-conseil de votre caisse d'assurance maladie appréciera si vous étiez ou non dans une situation d'urgence. Il vous accordera alors ou non le remboursement de vos soins, dans la limite des tarifs forfaitaires français en vigueur.

À noter : le montant du remboursement qui vous sera versé ne pourra excéder celui qui vous aurait été accordé si les soins avaient été dispensés en France.

Conseils utiles

Avant de partir, renseignez-vous sur l'état sanitaire du pays et vérifiez les frais médicaux qui resteront à votre charge. Dans certains pays, les frais médicaux coûtent très cher. Il est donc recommandé de souscrire un contrat d'assistance ou d'assurance, qui garantit le remboursement des frais médicaux engagés et le rapatriement sanitaire, en cas de maladie à l'étranger.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter les organismes suivants :
- votre caisse d'assurance maladie ;
- votre assureur ;
- votre agence de voyage ;
- le ministère des Affaires étrangères ;
- le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

Si vous partez dans un pays de l'UE-EEE ou en Suisse, procurez-vous la carte européenne d'assurance maladie auprès de votre caisse d'assurance maladie.
Si vous partez dans un pays hors de l'Europe, seuls les soins urgents imprévus pourront éventuellement être pris en charge. Au vu des justificatifs, le médecin-conseil de votre caisse d'assurance maladie appréciera si vous étiez ou non dans une situation d'urgence.

En savoir plus

Fiches
Fiche 1 - L'accès aux soins

Sites Internet
Le site de l'assurance maladie
Les recommandations sanitaires aux voyageurs
Les recommandations de l'Union européenne
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 6

Les soins psychiatriques

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a pour objet de remédier aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques. Par ailleurs, elle renforce les garanties quant au respect des droits des patients.

Quels sont les différents modes d'admission en soins psychiatriques ?

Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Les patients concernés bénéficient des mêmes droits que les autres malades. Ce régime de soins doit être privilégié chaque fois que l'état de santé du patient le permet.

Cependant, le dispositif des soins sans consentement permet de dispenser les soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leur besoin impératif de soins. Il existe deux procédures d'admission :

- l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- et l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet.

La loi prévoit alors les conditions garantissant la protection des droits et libertés de la personne.

Quelles sont les modalités de prise en charge de la personne atteinte de troubles psychiatriques ?

La période initiale d'observation

La loi du 5 juillet 2011 prévoit une période d'observation et de soins d'une durée maximale de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation complète afin de permettre au psychiatre d'adapter au mieux les modalités de sa prise en charge. Cependant, rien ne s'oppose à ce que la mesure soit levée dans les 24 heures si elle s'avère injustifiée.

Si les deux certificats médicaux établis, l'un dans les 24 heures, puis dans les 72 heures de l'hospitalisation, concluent à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose la forme de la prise en charge :

- soit l'hospitalisation complète ;
- soit des soins sous une autre forme comportant des soins ambulatoires, des soins à domicile ou, le cas échéant, des séjours en établissement ou des hospitalisations partielles. Dans ce cas, un programme de soins sera élaboré.

Qu'est-ce que le « programme de soins » ?

Lorsqu'un patient n'est pas hospitalisé à temps plein (forme de prise en charge dite « en hospitalisation complète »), sa prise en charge (types de soins, lieux de réalisation et périodicité) est précisée par un programme de soins établi par le psychiatre de l'établissement d'accueil. L'avis du patient est recueilli préalablement à l'élaboration et à toute modification du programme. Le patient en programme de soins ne peut se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduit ou maintenu de force pour accomplir, le cas échéant, un séjour en établissement sans que la forme de sa prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète. En effet, le psychiatre peut, en fonction de l'évolution de l'état du patient, modifier sa prise en charge et notamment demander la réhospitalisation à temps plein du patient si la prise en charge partielle n'est plus adaptée ou lorsque le patient ne suit pas son programme de soins.

Quelles sont les modalités spécifiques de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ?

Situations concernées

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers peuvent être dispensés sur décision du directeur de l'établissement conforme à un avis médical lorsque les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et que son état nécessite des soins immédiats et une surveillance constante ou régulière.

Qui peut demander l'admission ?

Le « tiers » demandeur des soins doit être un membre de la famille ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et ayant avec lui une relation antérieure à la demande de soins.

Les pièces à fournir

La demande du tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux de moins de 15 jours attestant des troubles mentaux de la personne concernée, le premier ne pouvant pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

La notion de « péril imminent »

En cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et s'il est impossible de recueillir une demande de tiers, le directeur de l'établissement peut prononcer une admission à l'appui d'un seul certificat médical attestant de ce péril, rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours.

Le maintien en soins psychiatriques

Sur la base du certificat du psychiatre établi entre le 6e et le 8e jour, puis tous les mois, le directeur de l'établissement d'accueil prononce le maintien des soins sous la forme de prise en charge retenue par le psychiatre de l'établissement.

Quelles sont les modalités spécifiques de l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet ?

Situations concernées

L'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet peut être prononcée pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sureté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Qui décide ?

C'est le préfet de police à Paris et les préfets dans les départements qui prononcent cette admission en soins psychiatriques par arrêté au vu d'un certificat médical circonstancié.
En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical, les maires et, à Paris, les commissaires de police, peuvent prendre toute mesure provisoire, notamment d'hospitalisation, à l'égard de personnes révélant des troubles mentaux manifestes.
En l'absence de décision préfectorale dans les 48 heures, la mesure est caduque.

Quelle est la procédure d'admission ?

Le préfet prononce, au vu d'un certificat médical établi par tout médecin hormis les psychiatres de l'établissement d'accueil, un arrêté décidant de l'admission d'une personne en soins psychiatriques.
Après l'admission, le préfet autorise la forme de prise en charge de la personne malade (hospitalisation complète ou programme de soins) proposée par le psychiatre. Dans l'attente de cette décision, la personne malade reste sous hospitalisation complète.
Par la suite, des certificats médicaux sont établis tous les mois. Un arrêté de maintien doit être pris avant la fin du premier mois, puis du troisième, puis tous les six mois, faute de quoi la mesure est caduque.

Le cas des mineurs

Le mineur peut être soumis à une décision d'admission en soins psychiatriques à la demande du préfet. Hormis cette procédure, seuls les titulaires de l'autorité parentale, le tuteur ou le juge aux affaires familiales peuvent demander, à l'encontre du mineur, une admission en soins psychiatriques ou la levée d'une telle mesure.

Quels sont les droits de la personne admise en soins psychiatriques ?

- Droit d'information sur les décisions relatives à son admission et son maintien en soins psychiatriques ainsi que sur ses droits, sa situation juridique et les voies de recours qui lui sont ouvertes. Ce droit inclut pour la personne un accès à son dossier médical, qui peut être ici subordonné à la présence d'un médecin en fonction de l'état psychologique de la personne.

- Droit de communiquer avec le préfet, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République et le maire qui reçoivent les réclamations des patients et vérifient, le cas échéant, que les droits des patients sont respectés.

- Droit de saisir la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et la commission départementale des soins psychiatriques. Cette saisine permet aux patients, en cas de besoin, d'exprimer leurs griefs auprès de ces commissions qui veillent au respect des droits des malades.
  Le patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt peut également saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) dans le but qu'il ordonne une mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques. Le JLD peut se saisir d'office ou être saisi par le procureur de la République.

- Droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix.

- Droit d'avertir le contrôleur général des lieux de privation de liberté de toute situation relevant de l'atteinte aux droits fondamentaux de la personne privée de liberté.

Le patient dispose enfin du droit d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir toutes explications s'y rapportant, d'exercer son droit de vote et de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Par ailleurs, toute personne admise en soins psychiatriques conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

Comment s'effectue la levée d'une mesure de soins psychiatriques ?

La levée de la mesure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers peut être obtenue de diverses façons :

- sur avis médical émanant d'un psychiatre de l'établissement, qui atteste que l'état de santé de la personne ne justifie plus de la mesure de soins. Le directeur de l'établissement prononce alors la levée de la mesure de soins ;
- sur demande de la commission départementale des soins psychiatriques ;
- sur demande d'un membre de la famille, du tuteur ou du curateur de la personne qui fait l'objet de soins ou de toute personne faisant état de relations antérieures à l'admission en soins avec le malade et agissant dans l'intérêt de la personne, si le directeur ne s'oppose pas, conformément à l'avis médical, à la levée des soins ;
- automatiquement, par l'absence de production du certificat ou de l'avis médical établi, selon la loi, entre le 5e et le 8e jour à compter de l'admission de la personne ;
- par décision judiciaire de mainlevée du JLD qui peut être saisi par le procureur de la République, le patient ou toute personne lui portant intérêt.

La levée de la mesure d'admission en soins psychiatriques à la demande du préfet peut être obtenue de diverses façons :

- soit sur certificat de demande de levée rédigé par un psychiatre participant à la prise en charge du malade et transmis dans les 24 heures au préfet qui doit statuer sans délai ;
- soit par décision judiciaire du JLD qui peut être saisi par le procureur de la République, le patient ou toute personne lui portant intérêt.

Par ailleurs, la loi du 5 juillet 2011 a aménagé une procédure administrative et judiciaire lorsque le psychiatre estime que la poursuite de l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que le préfet ne souhaite pas lever la mesure.
Dans ce cas, le directeur de l'établissement demande immédiatement un deuxième avis de psychiatre :

- si les deux avis médicaux sont concordants, le préfet doit suivre ce double avis ;
- si le deuxième avis est favorable à l'hospitalisation complète, le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète.

Dans cette hypothèse, le directeur d'établissement doit saisir immédiatement le juge des libertés et de la détention dont la décision s'imposera au préfet.

Le contrôle systématique du JLD peut mettre fin à des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète.
La loi du 5 juillet 2011 prévoit le contrôle systématique par le JLD des hospitalisations complètes, au plus tard le 15e jour d'hospitalisation, puis au bout de six mois d'hospitalisation complète continue. Le juge peut décider de mettre fin ou non à

l'hospitalisation complète. S'il lève cette mesure, il peut acter que cette levée ne prendra effet qu'après 24 heures maximum, pour que l'équipe médicale établisse, si nécessaire, un programme de soins.

Les soins psychiatriques requièrent, par principe, comme toute autre intervention sur la personne malade, le libre consentement de celle-ci. Lorsqu'il est nécessaire de recourir aux procédures de soins psychiatriques sans consentement (à la demande d'un tiers ou du préfet), la personne malade bénéficie de mesures de protection garantissant ses droits et libertés.

En savoir plus

Sites Internet

L'accès aux droits et santé mentale
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 7

Les soins à domicile

Les soins à domicile ont pour objectif de vous apporter les soins adaptés à votre état de santé dans le confort de votre cadre de vie, si vous le souhaitez et si votre situation le permet. La mobilisation d'équipes soignantes pluridisciplinaires présente l'avantage d'écourter, sinon d'éviter, les séjours en établissements de santé traditionnels en favorisant de manière harmonieuse votre maintien à domicile. On distingue les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'hospitalisation à domicile (HAD).

	Les services de soins infirmiers à domicile	L'hospitalisation à domicile
Qui peut en beneficier ?	Vous pouvez bénéficier de SSIAD si : - vous avez besoin d'une surveillance médicale ; - votre état de santé ne nécessite pas une hospitalisation ; - il existe un service de soins à domicile dans votre commune (pour obtenir leurs coordonnées, vous pouvez contacter les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ou solliciter les pharmacies et votre médecin traitant) ; - vous êtes âgé de plus de 60 ans, êtes malade ou en situation de dépendance. Toutefois, cette limite peut être abaissée en cas de vieillissement précoce ou de maladie invalidante, après avis du contrôle médical de la Sécurité sociale.	Vous êtes atteint d'une pathologie grave, aigüe ou chronique, évolutive et/ou instable requérant des soins médicaux et paramédicaux coordonnés, ponctuels ou continus, qui se distinguent par leur fréquence et leur complexité. Vous pouvez bénéficier de l'HAD si : - vous êtes hospitalisé et le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis chez vous ; - votre état de santé ne justifie pas un séjour à l'hôpital, vous souhaitez rester chez vous et vos conditions de logement permettent l'HAD (une enquête sera réalisée par l'équipe de l'HAD avant toute admission).
Qui en fait la demande ?	La demande est faite par votre médecin traitant, qui établit une demande de prise en charge. La demande est ensuite envoyée à votre caisse d'assurance maladie. En cas de non-réponse dans un délai de 10 jours, elle est considérée comme acceptée.	La demande est réalisée par votre médecin traitant ou par un médecin hospitalier avec l'accord de votre médecin traitant, lequel assure dans tous les cas la responsabilité médicale de votre HAD. La décision d'admission appartient au responsable de la structure d'HAD, après avis de son médecin coordonnateur. Après la décision d'admission, vous devez notifier par écrit votre accord et obtenir de votre caisse d'assurance maladie l'accord de prise en charge.

	Les services de soins infirmiers à domicile	L'hospitalisation à domicile
Pour quel type de soins ?	Les infirmiers ou les aides soignants qui interviennent assurent votre surveillance médicale (injections, pansements…) et vous assistent pour les soins de toilette et d'hygiène. Vous pouvez également bénéficier de soins paramédicaux délivrés par un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un pédicure ou un psychologue. Le service est assuré de façon continue, y compris les dimanches et jours fériés en cas de nécessité.	Le haut niveau d'intervention proposé par l'HAD vous permet de bénéficier de soins généralisés ou spécialisés de qualité hospitalière (dont certains soins très techniques réservés au milieu hospitalier), en médecine, obstétrique, réadaptation, traitement du cancer, ainsi qu'en soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie.
Quelle prise en charge ?	Les soins sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Toutefois, les frais de kinésithérapie sont souvent payés à l'acte (non compris dans le forfait du service de soins à domicile). En outre, les honoraires des médecins ou autres intervenants extérieurs, et les achats de médicaments sont remboursés aux conditions normales.	L'hospitalisation à domicile est prise en charge dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation en établissement avec hébergement. Toutefois, vous n'aurez pas à acquitter le forfait hospitalier. Lorsqu'une HAD est organisée dans un établissement d'hébergement social et médico-social la convention conclue entre les deux structures précise la complémentarité des interventions entre les professionnels.
À retenir	**Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale aux personnes âgées malades ou dépendantes, et les aident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie.**	**Mise en place pour éviter ou raccourcir une hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile dispense des prestations de qualité hospitalière : soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et fréquents. Cette modalité vous permet d'être pris en charge dans votre environnement habituel sans perte de chance.**

En savoir plus

Fiches

Fiche 1 - L'accès aux soins
Fiche 16 - Les indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction

Sites Internet

Organiser son HAD
Les conditions d'admission en HAD
Les modalités de financement de son HAD
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Je suis acteur de ma santé

Fiche 8 L'information du patient

Fiche 9 La personne de confiance

Fiche10 Le consentement aux soins

Fiche 11 L'accès au dossier médical

Fiche 12 Le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé

Fiche 13 Les soins aux personnes mineures

Fiche 14 Les soins aux personnes détenues

Fiche 15 Le don d'organes

Fiche 8

L'information du patient

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Les professionnels de santé sont tenus de vous délivrer une information claire, précise et fidèle à la réalité. Les moyens mis en œuvre doivent être adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'accès à l'information.

De quelles informations puis-je disposer ?

Avant tout acte ou toute intervention médicale, votre médecin a l'obligation de vous donner des informations concernant :

- votre état de santé et son évolution prévisible ;
- les traitements ou actions de prévention et le déroulement des examens ;
- leur utilité ;
- leur urgence éventuelle ;
- leurs conséquences ;
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, même s'ils sont exceptionnels dans leur survenance ;
- les solutions alternatives possibles ;
- les conséquences prévisibles en cas de refus de votre part de consentir à l'intervention.

Après l'acte ou l'intervention, si des risques nouveaux liés à l'intervention ou à votre traitement sont identifiés, vous devez en être informé par votre médecin, à moins que celui-ci soit dans l'impossibilité de vous retrouver.
En cas d'accident médical, le professionnel ou l'établissement de santé a 15 jours à compter de la découverte du dommage pour informer la victime sur les circonstances et les causes du dommage. Par ailleurs, vous pouvez avoir accès à votre dossier médical et en demander une copie.

Qui peut être le destinataire de cette information ?

En tant que patient, vous êtes le premier destinataire des informations relatives à votre état de santé. Cependant, vos proches, toujours avec votre accord, peuvent recevoir ces informations. En effet, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, la loi impose au médecin de ne communiquer à la famille ou aux proches que les informations de santé nécessaires au soutien direct du patient. Toutefois le malade peut imposer sa volonté : il peut autoriser le médecin à transmettre à ses proches

ou à sa famille toutes les données relatives à sa santé, tout comme il peut s'opposer à ce que toute information sur son état de santé leur soit divulguée.
Par ailleurs, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance pour vous accompagner dans vos démarches. La personne de confiance peut être par exemple un parent, un proche ou encore votre médecin traitant. Si vous le souhaitez, elle assiste aux entretiens médicaux afin de vous aider à prendre des décisions relatives à votre santé. La personne de confiance bénéficiera également des informations relatives à votre état de santé et sera consultée, si vous vous trouvez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire, pour faire part de vos souhaits. Cependant, elle n'aura accès à votre dossier médical que si vous l'en autorisez expressément. La désignation d'une personne de confiance est révocable à tout moment.

Les patients mineurs ou majeurs sous tutelle reçoivent des informations adaptées à leur degré de maturité et à leurs facultés de discernement. Les informations médicales les concernant sont, sauf situation particulière, également communiquées aux parents – dès lors qu'ils sont titulaires de l'autorité parentale – et au tuteur.

Comment ces informations me sont-elles communiquées ?

L'information est délivrée dans le cadre d'un entretien individuel au cours duquel le médecin répond de façon loyale et adaptée aux questions que vous lui posez. Des documents d'information décrivant chaque acte ou intervention peuvent également vous être fournis. Bien qu'ils constituent souvent le point de départ du dialogue qui se noue entre vous et le praticien, leur remise ne dispense pas le professionnel de santé de vous expliquer oralement les actes envisagés.
Qu'elle soit orale ou écrite, l'information doit être suffisamment précise, accessible, intelligible et loyale. Le professionnel de santé doit s'assurer que vous avez compris l'information qui vous a été délivrée et doit vous inviter à vous exprimer et à poser des questions sur les informations données.

Ma signature sur un document d'information est-elle nécessaire ?

Votre signature sur des documents d'information n'est pas exigible. Ces documents ont pour fonction de compléter l'information orale qui vous a été donnée, ils ne peuvent être assortis d'aucune formule vous obligeant à les signer.
En cas de litige, votre signature ne protège pas les praticiens contre des contestations sur la réalité de l'information et du consentement, et ne vous prive pas de vos éventuelles voies de recours.

Ai-je droit à un second avis ?

Pour vous rassurer sur les interventions et traitements qui vous sont proposés, vous pouvez ressentir le besoin de solliciter un deuxième avis médical. Il est toujours possible de consulter un autre professionnel de santé afin de conforter la prise en charge proposée par votre médecin. Cette demande ne constitue pas un acte de défiance vis-à-vis du professionnel de santé qui a donné le premier conseil et n'a pas à être justifiée.

Pour que toutes les informations vous concernant soient accessibles au deuxième médecin, vous pouvez demander votre dossier médical au premier médecin qui ne peut pas vous en refuser l'accès.

Dans quels cas un médecin est-il dispensé d'informer ?

L'obligation d'informer disparaît :
- si vous souhaitez être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ;
- en cas d'urgence (danger grave et immédiat pour votre vie ou votre santé) ;
- lorsque le médecin se trouve dans l'impossibilité de vous informer (patient dans le coma ou sous anesthésie générale).

En cas de litige, qui doit rapporter la preuve de la délivrance de l'information ?

Il appartient au professionnel de santé ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information vous a été correctement délivrée. La preuve de l'information peut être faite par tout moyen : mention de l'information inscrite dans le dossier, remise de notices d'information, lettre au médecin traitant…

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé afin qu'elle puisse prendre, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Ces informations, personnalisées et adaptées à chaque patient, doivent vous permettre de consentir aux actes et traitements envisagés en toute connaissance de cause.

En savoir plus

Fiches

Fiche 1 - L'accès aux soins
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 11 - L'accès au dossier médical
Fiche 12 - Le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé
Fiche 13 - Les soins aux personnes mineures
Fiche 20 - Les directives anticipées

Sites Internet

Les bonnes pratiques pour l'information des patients
Les recommandations de la HAS
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 9

La personne de confiance

Vous pouvez désigner dans votre entourage une personne de confiance qui peut, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches de santé – y compris lors des consultations médicales – et transmettre à l'équipe soignante vos volontés au cas où vous seriez hors d'état de vous exprimer.

En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Elle peut vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux et, éventuellement, vous aider à prendre des décisions concernant votre santé.

Dans l'hypothèse où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions et préalablement à toute intervention ou investigation, le médecin ou, le cas échéant, l'équipe médicale qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées à votre personne de confiance.

Quelles sont les limites d'intervention de la personne de confiance ?

Si vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même, la personne de confiance s'exprime en votre nom et selon vos souhaits. Elle doit donc connaître vos volontés et les exprimer lorsqu'elle est appelée à le faire. La personne de confiance ne peut toutefois pas obtenir communication de votre dossier médical, à moins que vous ne lui fassiez une procuration expresse en ce sens. De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, seules les informations jugées nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité seront communiquées à votre personne de confiance.

Dans le cadre de la procédure collégiale encadrant les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements en fin de vie, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision concernant votre santé.
Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

Qui peut désigner une personne de confiance?

Seule une personne majeure peut désigner une personne de confiance. Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance. En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation. Le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut, quant à lui, désigner sa personne de confiance.

Qui peut être désigné ?

Vous pouvez désigner toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un parent, un proche ou votre médecin traitant.
La personne de confiance que vous désignez et la personne à prévenir peuvent être la même personne, si vous le souhaitez.
Enfin, il faut supposer, bien que la loi ne l'indique pas, que la personne de confiance est majeure et ne fait pas l'objet d'une quelconque incapacité.

Comment désigner la personne de confiance ?

La désignation doit se faire par écrit. Vous pouvez changer d'avis à tout moment et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. Dans tous les cas, il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui vous semblent utiles pour vous assurer de la prise en compte de ces changements (note dans le dossier médical, dialogue avec vos proches…).

Quand désigner la personne de confiance ?

La désignation de la personne de confiance peut intervenir à tout moment. Elle n'est pas limitée dans le temps et peut être révoquée quand on le souhaite.
Lors d'une hospitalisation, vous pouvez désigner votre personne de confiance au moment de votre admission. Vous pouvez également le faire avant ou au cours de votre hospitalisation. Ce qui importe, c'est d'avoir bien réfléchi sur le choix de la personne et de vous être assuré de l'accord de celle-ci avant de la désigner comme personne de confiance.
La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Si vous souhaitez que cette désignation soit prolongée, il convient de le précisez (par écrit, de préférence). Les informations sur votre personne de confiance que vous aurez communiquées (identité, coordonnées pour la joindre), seront classées dans votre dossier médical et conservées au sein de l'établissement.

La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et prises de décisions tout au long de votre prise en charge. Vous restez le destinataire de l'information et c'est vous qui consentez ou non aux soins. La personne de confiance est là pour vous aider, vous soutenir et faire prévaloir vos volontés. Quand vous serez hors d'état d'exprimer votre volonté, la personne de confiance sera interrogée en priorité sur vos souhaits antérieurement exprimés.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 13 - Les soins aux personnes mineures
Fiche 20 - Les directives anticipées
Fiche 22 - La fin de vie

Sites Internet

Les démarches pour désigner une personne de confiance
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 10

Le consentement aux soins

Préalable indispensable à toute intervention médicale, votre consentement doit être recherché par votre médecin. Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans votre consentement libre et éclairé. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Que signifie donner un consentement libre et éclairé ?

Votre consentement doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte. Il doit être renouvelé pour tout nouvel acte de soins.

Votre consentement doit également être éclairé, c'est-à-dire que vous devez avoir été informé des traitements dont vous allez bénéficier, ainsi que des risques fréquents ou graves normalement prévisibles et des conséquences éventuelles que ceux-ci pourraient entraîner.

Comment faire part de mon consentement ?

En principe, le consentement est oral, vous consentez aux interventions lors de l'entretien individuel avec votre médecin. Il n'existe pas de formalisme en matière de recueil du consentement. Un écrit signé attestant de votre consentement n'est nullement impératif, la preuve du consentement ou de son éventuel défaut pouvant être rapportée par tout moyen.

Le recueil du consentement écrit est toutefois nécessaire pour certains actes médicaux, par exemple pour les examens de diagnostic génétique, les examens de diagnostic prénatal, les actes d'assistance médicale à la procréation, la participation à une recherche biomédicale… Parfois, le consentement écrit est lui-même insuffisant et le consentement doit être recueilli devant le président du tribunal de grande instance, c'est le cas des prélèvements d'organes en vue de don.

Ai-je le droit de refuser des soins ?

La loi du 4 mars 2002 renforcée par la loi du 22 avril 2005 a consacré le droit pour tout patient de refuser des traitements, même au risque de sa vie. Corollaire du principe du consentement, vous pouvez refuser tout acte de prévention, de diagnostic ou toute intervention thérapeutique, ou en demander l'interruption à tout moment.

Toutefois, si cette décision de refus, de limitation ou d'arrêt de traitement est susceptible de mettre votre vie en danger, votre médecin est tenu de tout mettre en œuvre pour vous convaincre d'accepter les soins indispensables et de vous informer sur les conséquences de votre refus. Dès lors que vous réitérez votre choix dans un délai raisonnable compte tenu de la situation, celui-ci s'impose au médecin qui doit alors s'abstenir d'intervenir. Votre décision sera ainsi inscrite dans votre dossier médical.

Que se passe-t-il pour les situations d'urgence et/ou d'impossibilité de recueil du consentement ?

Si vous êtes hors d'état de manifester votre volonté, le médecin ne peut pas intervenir sans que la personne de confiance ou à défaut un de vos proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. Dans ce cas, le médecin est autorisé à passer outre votre consentement et à prodiguer les soins nécessaires à votre survie.

Que se passe-t-il pour les mineurs et les majeurs protégés ?

- Pour le mineur, les titulaires de l'autorité parentale (ou le représentant légal) prennent les décisions concernant sa santé, en concertation avec ce dernier.
- Pour le majeur protégé, son consentement doit être recherché s'il est apte à exprimer sa volonté. Son représentant légal prend le relais s'il est hors d'état de consentir aux soins en raison d'une altération de ses facultés mentales.

L'information délivrée par le médecin doit vous permettre de donner un consentement libre et éclairé aux interventions et actes médicaux. Cela signifie que vous prenez avec lui les décisions concernant votre santé, sans contrainte et en toute connaissance de cause. Le professionnel de santé doit respecter votre volonté, après vous avoir informé des conséquences de vos choix.

En savoir plus

Fiches

Fiche 4 - Les soins aux personnes majeures protégées
Fiche 6 - Les soins psychiatriques
Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 13 - Le soins aux personnes mineures
Fiche 20 - Les directives anticipées

Sites Internet

Donner son consentement aux soins
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 11

L'accès au dossier médical

Vous pouvez accéder directement à votre dossier médical, c'est-à-dire à l'ensemble des informations concernant votre santé, qu'elles soient détenues par un professionnel de santé exerçant en ville (médecins, dentistes, infirmiers…) ou par un établissement de santé (hôpital, clinique).

Quelles informations vais-je trouver dans mon dossier médical ?

Le législateur a fixé un contenu minimum du dossier médical qui s'applique aux établissements de santé publics et privés. Les professionnels de santé libéraux sont également invités à suivre ce modèle.

Le dossier doit être structuré en trois parties :

- les informations formalisées recueillies lors de consultations externes dispensées dans un établissement, au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier (lettre du médecin à l'origine de la consultation, recherches d'antécédents, facteurs de risques…) ;
- les informations formalisées établies à la fin du séjour (compte rendu d'hospitalisation, prescription de sortie, fiche de liaison infirmière…) ;
- les informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant les tiers (membre de la famille ou assistante sociale…).

La troisième partie n'est pas communicable.

Quelles formalités dois-je remplir pour obtenir communication de mon dossier médical ?

Cette demande doit être faite auprès du professionnel de santé (médecin, dentiste, etc.…) ou de l'établissement de santé auquel vous avez eu recours, soit en venant consulter les pièces sur place, soit par courrier simple, en joignant un justificatif d'identité.

Conseils utiles

Si vous formulez votre demande sur papier libre :

- précisez si vous souhaitez tout ou partie du dossier. Vous pouvez demander l'intégralité du dossier ou simplement une partie (compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire…) ;
- accompagnez votre demande de documents justifiant votre identité et votre qualité (représentant légal d'un mineur, ayant droit d'une personne décédée, tuteur d'un incapable majeur…) ;
- précisez si vous souhaitez que le dossier vous soit envoyé directement ou adressé à un médecin.

Puis-je obtenir la communication d'un dossier médical dont les informations ne me concernent pas directement ?

Vous pouvez obtenir le dossier d'une personne dont vous êtes le représentant légal : enfant mineur ou majeur sous tutelle (sous réserve des aménagements prévus par les textes).

Vous pouvez obtenir les éléments du dossier d'une personne décédée dont vous êtes l'ayant droit, si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant. Pour cela, vous devez indiquer que votre demande est faite pour l'un ou plusieurs des motifs suivants : connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt, faire valoir vos droits. Seuls les éléments répondant au motif invoqué pourront vous être communiqués.

Vous pouvez obtenir le dossier médical d'une personne qui vous a mandaté pour le faire : la procuration doit être écrite et la personne qui demande le dossier ne doit pas avoir de conflit d'intérêts avec la personne qui lui a donné procuration.

Dans tous les cas, vous devez justifier de votre qualité ; il faut préciser à quel titre vous formulez la demande. Pour cela vous devez produire, en plus de la photocopie de votre pièce d'identité, les pièces justificatives suivantes :

- si vous êtes représentant légal : le livret de famille ;
- si vous êtes tuteur d'un incapable majeur : le jugement de tutelle ;
- si vous êtes ayant droit : un certificat d'hérédité ;
- si vous êtes mandaté : l'original du mandat.

Dans quel délai mon dossier peut-il m'être communiqué ?

Si les informations médicales ont moins de cinq ans, le dossier doit vous être communiqué dans les huit jours.

Si les informations médicales sont antérieures à cinq ans, le dossier doit vous être communiqué dans les deux mois de votre demande.
Dans tous les cas, il faudra attendre 48 h avant que votre dossier médical puisse vous être communiqué. Ce délai de réflexion est imposé par la loi et le professionnel de santé ne peut pas vous remettre votre dossier avant l'écoulement de ce dernier.

La communication du dossier médical est-elle payante ?

Si vous consultez le dossier médical sur place, la consultation est gratuite. Vous pouvez vous faire accompagner de la personne de votre choix.
Si vous sollicitez l'envoi de votre dossier médical par voie postale, la réglementation oblige les établissements de santé et les professionnels de santé à conserver les éléments originaux du dossier médical. Vous ne pourrez donc obtenir que des copies qui sont payantes. Toutefois, seul le coût de la reproduction et de l'envoi est facturable.

Pendant combien de temps le dossier est-il conservé par l'établissement ?

Les règles en matière de conservation du dossier médical sont identiques quel que soit le statut juridique de l'établissement (public ou privé). Le dossier médical est conservé pour une durée de 20 ans à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe.
Cette règle comporte des aménagements :

- les dossiers médicaux des mineurs dont le dernier séjour est intervenu avant l'âge de huit ans sont conservés jusqu'à ce que ceux-ci aient atteint l'âge de 28 ans ;
- si la personne décède moins de 10 ans après son passage dans l'établissement, son dossier ne sera conservé que pendant une durée de 10 ans à compter de son décès ;
- la mention des actes transfusionnels et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel sont conservées pendant 30 ans.

Aucun texte ne précise la durée de conservation des informations de santé par les professionnels de santé en ville. Cependant, le Conseil national de l'ordre des médecins les invite fortement à appliquer *a minima* les règles établies pour les établissements.

Quels sont les recours dont je dispose si mon dossier médical ne m'est pas communiqué ?

Ces recours sont différents selon qu'il s'agit d'un professionnel de santé exerçant en libéral, d'un établissement de santé public ou d'un établissement de santé privé. Quelle que soit l'instance à saisir, il convient, dans tous les cas, d'effectuer un recours par courrier en recommandé avec accusé de réception. En joignant la copie d'une pièce d'identité, le courrier initial de demande d'accès et la réponse du détenteur du dossier médical, si elle existe.

Vous pouvez également saisir le Défenseur des droits qui est chargé de renforcer le dialogue entre les usagers et les professionnels de santé. Il pourra vous accompagner dans vos démarches et jouer un rôle de médiation afin de débloquer une situation. Il pourra également, si besoin, formuler une mise en demeure en l'absence de réponse de la personne sollicitée, voire, si celle-ci n'est pas suivie d'effet, saisir le juge des référés compétent aux fins d'ordonner toute mesure qu'il juge utile.

Si la demande est formulée auprès d'un établissement public

Vous pouvez saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (Cada), qui peut être saisie dans un délai d'un mois à compter du refus de communication du dossier médical. En cas de non-réponse, la Cada peut être saisie dans un délai de deux mois après la transmission de la demande.
Il est aussi possible de saisir le tribunal administratif compétent d'une demande de communication du dossier.

Si la demande est réalisée auprès d'un professionnel de santé ou auprès d'un établissement de santé privé

Vous pouvez saisir :
- le conseil départemental de l'ordre des médecins dont dépend le professionnel de santé ;
- la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) ; tout citoyen peut lui adresser une plainte concernant l'exercice d'un droit que le détenteur de l'information soit un professionnel ou un établissement de santé ;
- le juge des référés civils du tribunal de grande instance du lieu de résidence du cabinet du praticien ou de l'établissement de soins.

La communication du dossier médical constitue une obligation pour le professionnel de santé ou pour l'établissement et un droit pour le patient. Cette communication peut se faire directement ou par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient.

En savoir plus

Fiches

Fiche 6 - Les soins psychiatriques
Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 13 - Les soins aux personnes mineures
Fiche 20 - Les directives anticipées
Fiche 24 - Les plaintes devant les ordres professionnels

Sites Internet

Demander son dossier médical
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 12

Le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé

Vous seul décidez de l'usage des informations médicales vous concernant. Vous pouvez par conséquent décider de la communication d'informations confidentielles à vos proches et/ou à des professionnels de santé. Ceux-ci sont alors tenus de respecter le secret professionnel.

À qui s'impose le secret professionnel ?

Tout ce qui est vu, entendu, compris et confié au professionnel de santé ne peut être révélé à personne. Cette règle vaut pour tous les professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens…), que les soins aient lieu en ville ou à l'hôpital.

Quelles informations sont concernées par le secret médical ?

Le secret médical s'étend non seulement aux informations à caractère strictement médical (pathologie, résultat d'examens biologiques et radiographiques, diagnostic, traitement, intervention) mais aussi aux informations personnelles, relatives à la vie privée d'une personne (celles-ci pouvant concerner la famille, la profession ou encore le patrimoine de la personne malade).

Puis-je m'opposer à la transmission des informations relatives à mon état de santé ?

Même s'il est légitime que vos enfants ou votre famille se soucient de votre état de santé, ils sont des tiers à la relation thérapeutique. Par conséquent, votre médecin ne peut rien leur révéler sans violer le secret médical. À défaut, il encourt des sanctions pénales (jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende)

et professionnelles, et pourrait être condamné à payer des dommages et intérêts en réparation du préjudice subi.

Existe-t-il des dérogations ?

Oui, elles sont de deux ordres :

- d'une part celles fondées sur l'ordre de la loi (exemple : déclaration de naissances, de décès, certificat d'internement, dopage …), celles pour raisons de santé publique (lutte contre les épidémies ou fléaux sociaux), qui sont alors d'ordre obligatoire ;
- et d'autre part les dérogations fondées sur une permission de la loi : signalement de mauvais traitements, inspections dans le cadre d'évaluation des activités des établissements de santé, surveillance de l'état de santé d'une population.

Avec votre accord et dans le cas d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, l'information sur votre état de santé peut être divulguée à vos proches pour favoriser votre accompagnement médical et psychologique. La personne de confiance peut également assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.
En cas de décès, vos héritiers peuvent demander la levée du secret médical pour connaître les causes de la mort, défendre votre mémoire ou faire valoir leurs droits en tant qu'héritiers sauf si vous vous y êtes opposé de votre vivant.

Mon état de santé nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé, comment s'effectue le partage des informations relatives à ma prise en charge ?

Plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de votre part, échanger des informations relatives à votre santé afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Ce secret partagé concerne uniquement les informations « pertinentes, nécessaires et non exhaustives », afin d'assurer la continuité des soins.
Lorsque la prise en charge intervient dans un établissement de santé, les informations vous concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins intervenant auprès de vous. Dans un centre de santé ou une maison de santé pluriprofessionnelle, qui sont des structures d'exercice coordonné, l'ensemble des informations vous concernant est accessible aux professionnels de santé de la structure qui vous prennent en charge, sous réserve de votre consentement exprès (vous pouvez refuser que l'ensemble des informations vous concernant soit partagé ou encore que l'une ou l'autre d'entre elles soit accessible à l'un ou l'autre des professionnels de santé de la structure).

Qu'est-ce que le dossier médical personnel ?

Le dossier médical personnel (DMP) tend à se généraliser. C'est un dossier informatique favorisant la coordination et la continuité des soins qui permettra à chaque professionnel de santé qui vous soigne, exerçant en ville ou en établissement de santé, de reporter les éléments diagnostiques et thérapeutiques à l'occasion de chaque acte ou consultation.
Le DMP est un service public et gratuit. Il n'est cependant pas obligatoire et relève de votre choix. Vous pouvez le consulter directement et en avez le contrôle intégral : vous seul autorisez son accès aux professionnels de santé. Vous gardez à tout moment la possibilité de le fermer, de supprimer tout ou partie des documents qu'il contient, ou de masquer certaines données de santé.
En effet, pour y accéder, les professionnels de santé devront au préalable vous demander l'autorisation, sauf dans les situations d'urgence ou lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, si vous ne vous y êtes pas opposé préalablement.
En dehors des accès prévus par la loi, l'accès au DMP est interdit et sanctionné pénalement.

Tous les professionnels de santé, ainsi que tous les professionnels intervenant dans le système de santé, sont soumis au secret professionnel. Il est prévu un certain nombre de dérogations, obligatoires ou facultatives, mais toujours encadrées par des textes et limitées à des éléments particuliers (maintien de l'ordre public, sécurité sanitaire, dénonciation de sévices sur mineurs…). Le seul à qui le secret n'est pas opposable est le patient lui-même.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 13 - Les soins aux personnes mineures

Sites Internet

Le dossier médical personnel
Quelques exemples concrets de DMP
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 13

Les soins aux personnes mineures

Aujourd'hui, une place essentielle est accordée à la parole du patient mineur qui devient lui aussi acteur de sa santé. Si les droits du patient mineur sont exercés en principe par les titulaires de l'autorité parentale, le mineur doit être informé des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de ses facultés de compréhension. De même, son consentement aux soins doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Qui reçoit l'information médicale concernant le mineur ?

Les titulaires de l'autorité parentale - soit dans la majorité des cas le père et la mère du mineur - reçoivent l'information comme s'ils étaient le patient.
Cette information porte sur les différents traitements, investigations, 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 les conséquences prévisibles en cas de refus.
Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel avec les titulaires de l'autorité parentale en présence ou non du mineur.
Pour favoriser la participation du mineur à la prise de décision concernant sa santé, il est informé des actes et examens nécessaires à sa prise en charge médicale, en fonction de son âge et de ses capacités de compréhension. Les titulaires de l'autorité parentale reçoivent l'information sauf dans l'hypothèse où le mineur ne souhaite pas révéler à ses parents son état de santé.

L'enfant mineur peut s'opposer à la consultation des titulaires de l'autorité parentale (père, mère, tuteur…) pour une décision médicale et peut refuser qu'ils soient informés sur son état de santé.
Pour ce faire le mineur doit :

- demander au médecin (libéral, à l'hôpital, généraliste ou spécialiste) de ne pas informer ses parents ;
- l'information doit porter sur une décision médicale (traitement ou intervention) dont dépend la sauvegarde de la santé du mineur. C'est au médecin de déterminer si la sauvegarde de la santé du mineur est menacée. Cette nécessité médicale justifie que le médecin procède à l'intervention ou mette en œuvre le traitement sans le consentement des parents ;

- le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son entourage en qui il a confiance et qui l'épaulera lors de l'intervention, et à sa sortie.

Les parents ne seront pas informés par le médecin et n'auront pas accès aux éléments du dossier médical du mineur (ensemble des documents retraçant son parcours médical) pour lesquels l'enfant a demandé le secret.
L'information peut également être donnée confidentiellement au mineur dans les circonstances légales permettant des soins anonymes (dépistage des maladies sexuellement transmissibles, délivrance de produits contraceptifs, accouchement sous X…).

Le patient mineur peut-il accéder à son dossier médical ?

En principe, le droit d'accès au dossier médical d'un patient mineur est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, sauf lorsque le mineur s'est opposé à cette consultation afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin doit alors s'efforcer de lui présenter tous les éléments susceptibles de modifier son choix. Si le mineur maintient fermement son opposition, les parents ne peuvent accéder au dossier et le refus de la personne mineure doit être consigné par écrit.
Le mineur peut également demander à ce que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant sa santé s'exerce par l'intermédiaire d'un médecin.

Le consentement du mineur à l'acte de soins est-il nécessaire ?

L'avis du mineur doit être recueilli, dès lors que ce dernier est en mesure de l'exprimer. En effet, le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement.
Lorsqu'il s'agit d'un acte médical courant (vaccinations, soins dentaires, plaies superficielles…), chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre. Ce type d'acte est considéré comme bénin, ne nécessitant pas de technicité particulière.
Lorsqu'un traitement important ou une opération chirurgicale est envisagée, l'accord des deux parents est nécessaire. Ce principe prévaut même en cas de séparation des parents du mineur.
En cas de désaccord persistant, il faut saisir le juge aux affaires familiales qui tranchera en fonction de l'intérêt de l'enfant.

Dans quels cas le médecin peut-il se dispenser du consentement des titulaires de l'autorité parentale ?

Le patient mineur vient consulter seul à l'hôpital, sans l'accord de ses parents

Un mineur peut bénéficier d'un examen médical confidentiel dès lors que le secret n'est pas susceptible de compromettre gravement la santé ou la sécurité de l'enfant. Il peut s'agir de problèmes liés à l'intimité et à la sexualité de la personne mineure ou de maltraitance physique ou psychologique.

Le patient mineur souhaite garder le silence sur son état de santé

Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale si le mineur s'oppose expressément à leur consultation afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin doit alors s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. En cas de persistance du refus, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention, à la condition que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix.

Le patient mineur est en situation de rupture familiale et bénéficie de la couverture maladie universelle (CMU)

Le mineur en situation de rupture familiale bénéficiant à titre personnel de la CMU a le droit de consentir seul aux soins. Dans cette hypothèse, le soignant n'a pas pour obligation de tenter de convaincre le mineur de la recherche du consentement des titulaires de l'autorité parentale. Aucun accompagnement d'une personne majeure n'est requis.

Le refus de soins par les titulaires de l'autorité parentale met en péril la santé du patient mineur

Les titulaires de l'autorité parentale peuvent refuser de consentir à un acte de soins pour leur enfant mineur. Ce refus doit être respecté par l'équipe soignante. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle de la personne mineure risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins qui s'imposent.

Si la décision d'un soin, d'un traitement ou de toute intervention chirurgicale appartient d'abord aux titulaires de l'autorité parentale, le patient mineur a également son mot à dire. Après avoir reçu des informations adaptées à son degré de maturité sur son état de santé, le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 11 - L'accès au dossier médical
Fiche 12 - Le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé

Sites Internet

L'accès au dossier médical
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 14

Les soins aux personnes détenues

La prise en charge de la santé des détenus est intégrée au système de santé de droit commun. La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Toutefois, la détention crée des conditions particulières d'exercice de ces droits.

Comment bénéficier de soins en milieu pénitentiaire ?

La prise en charge de la santé des détenus est confiée au service public hospitalier. Ainsi, les personnes détenues bénéficient de soins délivrés par des professionnels hospitaliers (médecins, dentistes, psychologues, infirmiers…), au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de l'établissement pénitentiaire.

Pour obtenir une consultation, les détenus doivent faire une demande à l'UCSA. La demande peut également émaner du personnel pénitentiaire ou de toute personne agissant dans l'intérêt du détenu.

Tous les détenus sont obligatoirement affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la Sécurité sociale.

La prise en charge des détenus varie selon la nature ou la durée des soins:

- les détenus ont accès aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé pour des consultations ou examens médico-techniques ;
- en cas d'urgence, ou pour une période de courte durée, la prise en charge du détenu est réalisée par une hospitalisation au sein de l'établissement public de santé de rattachement ;
- les hospitalisations de moyenne et longue durée sont réalisées au sein d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), située dans un centre hospitalier universitaire régional. La décision est prise par le médecin de l'UCSA et autorisée par le directeur régional de l'administration pénitentiaire. Le détenu étant considéré comme continuant d'exécuter sa peine, il faut disposer d'un permis de visite pour aller le voir.

Ai-je le choix de mon médecin ?

Vous n'avez pas la possibilité de choisir un médecin, sauf si vous bénéficiez d'une décision spéciale du directeur interrégional des services pénitentiaires. Dans ce cas, les frais médicaux seront à votre charge.
Si vous bénéficiez d'un placement à l'extérieur sans surveillance, d'une semi-liberté ou d'une permission de sortir, vous pouvez librement choisir votre médecin.

Suis-je en droit de pouvoir exiger le respect du secret médical lors d'une consultation médicale ?

La portée du secret professionnel en milieu pénitentiaire

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Ce principe de droit commun s'applique également aux personnes détenues. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans certains cas, dans l'intérêt du patient ou de la santé publique. Certaines dérogations sont également justifiées par la nécessité de maîtriser la communication des informations médicales, notamment dans le cadre de la protection des victimes. Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements pénitentiaires, les personnels soignants ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires.

Déclarations obligatoires	Permissions de la loi
• Naissance • Décès • Maladies contagieuses • Maladies vénériennes • Internement : soins en psychiatrie sur demande d'un tiers ou dispositif d'urgence en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade • Majeurs protégés • Accidents du travail et maladies professionnelles • Pension militaire d'invalidité • Pension civile et pension militaire de retraite • Indemnisation de personnes contaminées par le VIH par transfusion • Dopage • Risques pour la santé humaine	• Mauvais traitements infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique • Sévices permettant de présumer des violences physiques, sexuelles, psychiques • Recherches dans le domaine de la santé dans les limites fixées par les lois bioéthiques et la loi informatique et liberté • Évaluation d'activité dans les établissements de santé • Dangerosité d'un patient détenteur d'une arme à feu

Le secret professionnel dans le cadre des relations du personnel soignant avec les autorités judiciaires et pénitentiaires et de la protection judiciaire de la jeunesse

Le secret professionnel n'exclut pas la nécessaire collaboration avec les autorités judiciaires et pénitentiaires. Il doit être respecté dans le cadre des informations échangées lors des réunions de travail avec les services des établissements pénitentiaires. Le personnel pénitentiaire, et plus particulièrement celui affecté aux structures médicales, est tenu d'observer une stricte discrétion. Il ne doit divulguer à personne des informations concernant la santé des personnes détenues. Le médecin intervenant en milieu pénitentiaire doit veiller au comportement des personnes qui l'assistent et empêcher toute indiscrétion qui se produirait en son absence.
Toutefois, le juge d'application des peines peut entendre les personnels médicaux. En effet, il détermine les conditions particulières de l'exécution de la mesure suivant la prise en charge sanitaire et la personnalité du condamné. Dans ce cadre, les professionnels de santé ne communiqueront les informations que dans le respect du secret professionnel.

Puis-je avoir accès à mon dossier médical ?

Un dossier médical est constitué pour chaque personne détenue dès son entrée dans un établissement pénitentiaire par le service médical de l'établissement de santé correspondant. Il comporte l'ensemble des documents relatifs au suivi médical du détenu : soins médicaux, soins psychiatriques, soins infirmiers, examens pratiqués, diagnostics et prescriptions médicamenteuses. Sa communication est une obligation pour l'établissement de santé et un droit pour le patient.

Pour avoir accès aux informations relatives à votre santé, vous devez adresser une demande au directeur de l'hôpital de rattachement. Les documents y figurant doivent vous être adressés dans un délai de huit jours suivant la réception de la demande, et si ces documents datent de plus de cinq ans, dans un délai de deux mois.

À votre libération, les éléments nécessaires à votre suivi médical seront transmis au médecin de votre choix. Votre dossier médical sera archivé par l'établissement de santé auquel est rattachée l'UCSA.

Quelles sont les procédures spécifiques ?

La consultation de votre dossier médical nécessite l'intervention d'une tierce personne

Si, à votre demande ou à celle du médecin, la communication des informations médicales vous concernant nécessite l'intervention d'une tierce personne, celle-ci doit disposer des autorisations nécessaires (permis de visite) lui permettant de communiquer avec vous.

Vous choisissez de vous faire assister par un médecin

Vous devez indiquer à l'établissement le nom et les coordonnées du médecin que vous avez choisi. Après s'être assuré de la qualité de médecin de la personne ainsi désignée, l'établissement de santé peut, selon son choix ou le vôtre, lui adresser ou lui remettre les documents.

Pour que ce médecin puisse vous communiquer vos informations médicales, un permis de visite garantissant la confidentialité de l'entretien doit lui être délivré par l'autorité compétente (magistrat saisi du dossier de l'information s'agissant des prévenus, chef d'établissement s'agissant des condamnés). En outre, le permis de visite doit préciser que le médecin est autorisé à apporter une copie des documents.

La prise en charge de la santé des détenus à l'intérieur de la prison comme à l'extérieur doit être garantie par des principes équivalents à ceux de tout autre patient. Votre statut de détenu ne doit pas faire obstacle à votre accès aux soins. La coordination des soins doit être facilitée par l'établissement pénitentiaire, dans les limites des contraintes imposées par votre incarcération.

En savoir plus

Fiches

Fiche 6 - Les soins psychiatriques
Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 11 - L'accès au dossier médical
Fiche 12 - Le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé

Sites Internet

La santé des personnes détenues
Le livret d'accueil d'une UHSI
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 15

Le don d'organes

Le prélèvement d'organes sur personnes décédées permet de sauver des vies. Chacun d'entre nous peut choisir de donner ou non ses organes après sa mort, mais il est important de faire connaître ce choix en temps utile. Pour qu'il soit entendu, bien compris et respecté par la famille ou les proches, il faut en parler autour de soi.
Le don d'organes et les prélèvements *post mortem* en vue de greffe, prévus dans le cadre de la loi de bioéthique, relèvent des compétences de l'Agence de la biomédecine* (www.agence-biomedecine.fr).

Quels sont les trois principes majeurs qui gouvernent le don d'organes *post mortem* ?

- Le principe du **consentement présumé**, qui signifie que toute personne peut devenir un donneur d'organes à moins qu'elle n'ait exprimé son refus de son vivant.
- Le principe de **gratuité**, qui signifie que toute rémunération ou avantage équivalent en contrepartie du don d'organes est interdit et sanctionné.
- Le principe d'**anonymat**, qui signifie que le nom du donneur ne peut être communiqué au receveur, et réciproquement. La famille du donneur peut cependant être informée des organes et tissus prélevés ainsi que du résultat des greffes, si elle le demande à l'équipe médicale qui l'a suivie.

Y a-t-il des limites d'âge pour être donneur ?

Le don d'organes est possible à tout âge. En effet, même si le cœur est rarement prélevé chez des personnes de plus de 60 ans, il y a d'autres organes, comme les reins ou le foie qui peuvent l'être chez des personnes beaucoup plus âgées.
Quand un enfant décède, ses parents peuvent autoriser le prélèvement de ses organes. De tels dons permettent de greffer un autre enfant. Néanmoins, si l'enfant avait fait part d'une volonté personnelle sur le don d'organes, dans la plupart des cas, elle est prise en compte.

* Ils doivent être distingués du « don du corps à la science ». Cette dernière démarche volontaire et expresse auprès d'un établissement de santé, dérogatoire à la loi funéraire, permet à une personne de donner son corps entier notamment à des fins d'enseignement.

Peut-on donner ses organes si l'on est malade ?

Il n'existe pas de contre-indication au don d'organes *a priori* : on peut être prélevé même si l'on est malade ou que l'on suit un traitement. Ce qui compte, c'est l'état de l'organe et ce sont les médecins qui jugent au cas par cas du prélèvement de chaque organe.

Comment faire savoir que l'on est donneur ?

Il est indispensable pour une personne souhaitant, en cas de décès, faire don de tout ou partie de ses organes, d'informer ses proches, en commençant par sa famille ; cela permet que sa volonté soit connue, comprise et respectée de tous.

En effet, juste après l'annonce d'un décès par le médecin réanimateur, c'est la famille ou toute autre personne qui partageait la vie du défunt (conjoint, partenaire de Pacs, compagnon…) que l'équipe médicale interrogera obligatoirement pour connaître la volonté de ce dernier et notamment vérifier qu'il n'était pas opposé au don avant d'envisager tout prélèvement, conformément à la loi. Cet échange aura lieu même si la personne défunte porte sur elle une carte de donneur, qui n'a qu'une valeur indicative. Enfin, bien que la loi, en l'absence de signes clairs d'opposition au prélèvement d'organes, présume le consentement de la personne, les médecins ne vont jamais à l'encontre de la position exprimée par les proches et préfèrent renoncer au prélèvement lorsque ceux-ci y sont opposés.

Et si l'on ne veut pas donner ses organes ?

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de ses proches. Il existe deux moyens légaux pour exprimer son opposition au don d'organes : la communication de sa décision à ses proches afin qu'ils puissent en témoigner et/ou l'inscription sur le registre national des refus. Ainsi, quand une équipe médicale identifie un donneur d'organes potentiel, elle consulte systématiquement ce registre des refus et arrête immédiatement les démarches de prélèvement si le nom de la personne apparaît.

Quels sont les organes prélevés ?

Le rein, essentiellement, mais aussi le foie, le cœur, et, dans une moindre mesure, le poumon, le pancréas. On prélève également des cornées et parfois des parties de l'intestin ou des tissus comme des os, des artères, des tendons… Après les prélèvements, les équipes médicales ont l'obligation de restaurer l'aspect du corps pour le rendre présentable à la famille.

Peut-on donner un organe de son vivant ?

Le don d'organe de son vivant concerne 7,5 % du total des greffes. Il concerne essentiellement l'un des deux reins. Le don ne peut bénéficier qu'à un malade proche soit qu'il appartienne au cercle familial, soit qu'il ait un lien affectif « étroit et stable » depuis au moins deux ans avec le donneur. Le donneur doit être majeur et remplir des conditions médicales très strictes pour vérifier, notamment, s'il peut subir une intervention chirurgicale sans risque, et s'il n'est pas porteur de certaines maladies transmissibles. Si les examens révèlent une incompatibilité entre donneur et receveur, le don est cependant possible dans le cadre d'un « don croisé » avec un autre couple donneur-receveur dans la même situation et sous certaines conditions. Dans tous les cas, le donneur doit exprimer son consentement libre, éclairé et exprès devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui. Ce consentement est révocable à tout moment jusqu'à l'opération.

Si vous voulez être donneur après votre décès, aucune démarche n'est nécessaire mais afin de clarifier la situation tant pour vos proches que pour l'équipe médicale, il est opportun d'en parler clairement autour de soi, pour que votre choix soit bien compris par votre famille ou vos amis. En revanche, si vous ne voulez pas donner vos organes, c'est votre choix et il doit être respecté. Pour cela, deux choses à faire : le dire à vos proches et vous inscrire sur le registre national des refus.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 10 - Le consentement aux soins

Sites Internet

Le site du don d'organes
La carte de donneur d'organes
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Je m'informe sur la qualité des soins

Fiche 16 Les indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction

Fiche 17 La prise en charge de la douleur

Fiche 18 Le bon usage des médicaments

Fiche 19 La bientraitance

Fiche 16

Les indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction

La qualité des soins est la première attente des usagers. Afin d'identifier des objectifs d'amélioration du système de santé, des indicateurs permettent d'évaluer la qualité des soins. Eléments essentiels de votre information sur les établissements de santé, les indicateurs, interprétés avec précaution, peuvent en partie guider votre choix de la structure responsable de votre prise en charge.

Comment définir la qualité des soins ?

La qualité des soins est un concept qui comporte différents aspects. Des soins de qualité sont :
- des soins dont on a apporté la preuve qu'ils sont efficaces ;
- des soins qui répondent aux besoins et aux préférences des patients ;
- des soins qui protègent les patients d'erreurs et de dommages.

Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité comme la capacité « de garantir à chaque patient les actes thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains… ».

Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité des soins ?

Un indicateur est un outil de mesure d'un résultat de santé (ex : taux d'infections nosocomiales d'une pratique, taux de traçabilité de l'évaluation de la douleur retrouvé dans le dossier patient) ou encore d'organisation des structures (ex : temps d'attente aux urgences) qui permet d'estimer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et dans l'espace.

À quoi sert un indicateur ?

Les résultats de ces indicateurs servent à :
- informer les usagers ;
- mobiliser les professionnels de santé pour améliorer les pratiques et mettre en place des actions correctives ;
- orienter les politiques des pouvoirs publics.

Où trouver les indicateurs pouvant m'aider à choisir un établissement ?

Les indicateurs de chaque établissement sont publiés sur le site SCOPE SANTÉ à l'adresse suivante : www.scope.sante.gouv.fr.
Les informations ainsi disponibles peuvent vous aider à comparer les établissements.

Toutefois, il est important de garder à l'esprit que la qualité globale d'un établissement ne peut être extrapolée à partir de ces seuls indicateurs qui ne reflètent pas toutes les prises en charges spécifiques.

Comment la satisfaction des patients sur la prise en charge est-elle mesurée (I-SATIS)?

Les hôpitaux peuvent mesurer la satisfaction de leurs patients grâce à un questionnaire commun permettant de construire des indicateurs. Chaque établissement de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique réalise une enquête téléphonique via un institut de sondage auprès d'un échantillon après une hospitalisation de plus de deux jours. Les questions fermées sont identiques à l'ensemble des établissements de santé et des questions optionnelles relèvent de l'initiative de l'établissement de santé.

Le questionnaire décrit plusieurs composantes portant sur la prise en charge globale du patient telles que :
- l'information du patient ;
- la communication avec les professionnels de santé ;
- l'accueil ;
- la commodité de la chambre ;
- les relations patients-professionnels ;
- la douleur ;
- la restauration hospitalière, etc.

Les réponses à ce questionnaire permettent de calculer des indicateurs thématiques de satisfaction des patients et un indicateur de satisfaction générale.

Outils et leviers d'amélioration de la qualité des soins et de transparence, les indicateurs peuvent s'appliquer aux résultats (d'efficacité et de sécurité des soins, de qualité perçue par le patient et son entourage), aux processus (pratiques professionnelles) ou aux structures (personnels, matériels…). Le ministère chargé de la Santé publie les résultats nationaux de ces indicateurs à des fins de comparaison pertinente sur le site SCOPE.

En savoir plus

Fiches

Fiche 1 - L'accès aux soins
Fiche 18 - Le bon usage des médicaments
Fiche 25 - Les voies de recours en cas de dommages liés aux soins

Sites Internet

Pourquoi des indicateurs
Plate-forme d'information pour les ES
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 17

La prise en charge de la douleur

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager la douleur du patient par des moyens appropriés à son état. Il existe ainsi des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique ayant un retentissement sur la vie quotidienne.
Deux niveaux de structures douleur chronique (SDC) sont prévus :

- les consultations, qui assurent une prise en charge pluriprofessionnelle à la fois spécialisée et de proximité, en lien avec l'offre de premier recours ;
- les centres, qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire et ont accès à un plateau technique et, si besoin, à des lits d'hospitalisation.

Est-il normal d'avoir mal ?

La douleur est un signe d'alerte physiologique mais de nos jours, il n'est pas normal qu'une douleur se prolonge. C'est un devoir pour le médecin comme pour les autres personnels soignants d'évaluer et de soulager la douleur des patients.

La douleur est-elle évitable ?

Il existe plusieurs types de douleur :

- les douleurs aiguës (postchirurgie, traumatisme, etc.) : ce sont des douleurs très récentes. Leur cause doit être recherchée et parallèlement elles doivent être traitées ;
- les douleurs provoquées par certains soins ou examens (pansements ; pose de sondes, de perfusion, etc.). Ces douleurs peuvent être prévenues. L'objectif est de limiter leur survenue et leur intensité ;
- les douleurs chroniques (migraines, lombalgies, etc.) : ce sont des douleurs persistantes dont la cause est connue et qui représentent une pathologie en soi. Il faut donc traiter la douleur et tout ce qui la favorise.

Avant tout acte, le personnel de santé doit vous expliquer la technique employée et son déroulement. Si cet acte est réputé douloureux, le soignant se réfère à un protocole de prise en charge de la douleur prévu par le médecin ou le chirurgien qui vous soigne. Ce protocole doit être strictement suivi par le personnel soignant

qui n'a pas à prendre l'initiative de le modifier ou de diminuer les doses même s'il constate que vous avez moins mal.
Le personnel de santé note l'intensité de votre douleur dans le dossier patient et utilise les moyens les mieux adaptés pour la prévenir et la soulager (antalgiques, méthode non médicamenteuse, etc.). Pour mesurer l'intensité de la douleur, plusieurs échelles sont à sa disposition.
La traçabilité de l'évaluation de la douleur, c'est-à-dire l'enregistrement de cette évaluation dans le dossier patient, fait partie des indicateurs de qualité de la prise en charge dans l'établissement de santé.
Si, malgré le traitement, vous souffrez encore, vous devez demander que le traitement soit modifié, au besoin en faisant appel à un médecin.

Que peut-on vous proposer lorsque certains examens sont douloureux ?

Certains examens douloureux peuvent être réalisés sous sédation ou anesthésie générale, comme par exemple les endoscopies, les fibroscopies, etc.
De même, les pansements, une rééducation, des ponctions ou d'autres examens ou traitements douloureux peuvent être réalisés en ayant pris au préalable ou pendant l'acte des médicaments antalgiques ou sédatifs. Ne soyez pas surpris, un de ces médicaments est un gaz anesthésique à respirer.
Certaines piqûres dans les artères ou la pose de cathéter peuvent être douloureuses et soulagées par l'utilisation d'anesthésiques locaux qui insensibilisent la zone.

Doit-on attendre que la douleur s'installe ?

Pour la douleur aigüe prévisible (exemple : celle qui intervient en postopératoire), le médecin prescrit des antalgiques qui doivent être pris par le patient systématiquement avant que la douleur ne s'installe.
Pour une douleur chronique, qui dure plusieurs semaines ou mois, il est préférable de faire le point avec votre médecin traitant qui peut vous orienter vers des consultations spécialisées contre la douleur chronique organisées dans des établissements de santé.
L'accès aux structures de traitement de la douleur chronique s'effectue uniquement sur rendez-vous, et il n'est pas possible de venir consulter directement : il faut avoir été adressé par un médecin. Le traitement de la douleur chronique peut faire appel à des moyens thérapeutiques variés, dont la mise en œuvre est bien codifiée : médicaments antalgiques, techniques anesthésiques et neurochirurgicales, kinésithérapie…
Des spécialistes de différentes disciplines interviennent dans ces structures, car les douleurs chroniques sont multifactorielles et nécessitent une prise en charge pluriprofessionnelle.

Suis-je obligé de respecter les doses prescrites?

Un traitement contre la douleur nécessite de prendre précisément les bonnes doses. Ne prenez pas d'initiative dans ce domaine sans prévenir votre médecin.

Qu'est-ce que le contrat d'engagement de lutte contre la douleur ?

Le contrat d'engagement, mis en place par le programme national (2002-2005) de lutte contre la douleur dans les établissements de santé est un document remis à tout patient hospitalisé en même temps que le livret d'accueil. Ce document constitue un acte d'engagement dans une politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes accueillies.
Le contrat d'engagement a été actualisé à l'occasion du colloque de 2011 : « Prise en charge de la douleur : les attentes des usagers, l'action des pouvoirs publics et l'engagement des professionnels de santé ».

N'hésitez pas à parler de votre douleur. Votre participation est essentielle. Les professionnels de santé sont là pour vous soigner, vous écouter, vous soutenir et vous aider.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 21 - Les soins palliatifs
Fiche 22 - La fin de vie

Sites Internet

Le dossier douleur du site du ministère
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 18

Le bon usage des médicaments

Le médicament contient des substances actives qui ont des effets sur votre organisme. Il est là pour vous soigner, mais s'il est mal utilisé, il peut être dangereux. Se sensibiliser au bon usage des médicaments et adopter un comportement éclairé et responsable vis-à-vis de la prise de vos médicaments est primordial.
Bien utiliser le médicament implique :

- de le connaître : quel est son nom, pourquoi vous a-t-il été prescrit, à quelle posologie, comment doit-il être conservé… ;
- d'en parler : demander des renseignements au professionnel de santé, signaler ses effets à votre médecin ou à votre pharmacien.

Il est de la responsabilité de chacun de respecter les conseils des professionnels de santé et de lire la notice avant de commencer à prendre un médicament.

Qu'est-ce que l'automédication ?

L'automédication consiste à utiliser un médicament pour vous ou vos proches de votre propre initiative en dehors d'une prescription médicale.

Est-il risqué de pratiquer l'automédication ?

L'automédication peut comporter des risques (surdosage par exemple) si elle est pratiquée sans connaissance du médicament. Les pharmaciens jouent un rôle clé en vous apportant leur aide, des conseils et informations pour une pratique sans risque de l'automédication. Lisez les notices et conservez-les avec le médicament dans sa boîte.

Qu'appelle-t-on « iatrogénie médicamenteuse » ?

Elle correspond à la pathologie ou toute manifestation clinique indésirable pour le patient induite par l'administration d'un ou de plusieurs médicaments.

Parmi les pathologies iatrogènes, certaines sont inhérentes à l'usage des médicaments dans les conditions normales d'emploi et donc inévitables.

D'autres, en revanche, sont évitables, car elles résultent d'une utilisation des médicaments non conforme aux indications et recommandations.

Il ne faut pas ignorer qu'il existe une part inévitable d'effets indésirables pour chaque médicament et qu'un patient, surtout s'il est âgé et soumis à un traitement associant plusieurs médicaments, est particulièrement exposé aux pathologies iatrogènes.

Qu'est-ce qu'un effet indésirable ?

Il s'agit d'une réaction nocive et non voulue, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique, ou résultant d'un mésusage du médicament ou produit.

Que faire si vous constatez un effet indésirable ?

Il est important de le signaler à votre médecin ou à votre pharmacien qui prendra, le cas échéant, la décision d'en informer les autorités de santé. Il vous donnera la conduite à tenir pour votre traitement. Les patients ou leurs représentants (dans le cas d'un enfant, les parents par exemple), les associations de patients peuvent déclarer les effets indésirables que le patient ou son entourage suspecte d'être liés à l'utilisation d'un ou de plusieurs médicaments auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicaments ou des produits de santé (ANSM). Vous pouvez soit compléter le formulaire en ligne sur le site de l'ANSM (le formulaire de signalement-patient d'effets indésirables susceptibles d'être liés à un médicament en s'aidant du guide d'utilisation), soit en informer directement le centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez géographiquement.

Les patients et associations de patients peuvent déclarer directement un effet indésirable lié à un médicament, sans passer par un professionnel de santé.

Qu'est-ce qu'une erreur médicamenteuse ?

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Vous trouverez toutes les informations sur le site Internet de l'ANSM.

Quels est le rôle des professionnels de santé ?

Le médecin

Le médecin a un rôle essentiel dans le rapport que chacun entretient avec le médicament. La consultation est un moment privilégié pour échanger sur votre traitement. C'est à l'occasion de ces consultations qu'il vous interrogera sur vos traitements, votre régularité dans le suivi de ceux-ci et vos éventuelles automédications.

Le pharmacien

Son rôle est important non seulement par la dispensation du médicament et des produits de santé, mais aussi dans le domaine de la prévention (tabac, alcoolisme, contraception…), du conseil et de la formation des patients au bon usage du médicament.

Autodiagnostic et automédication : quels sont les risques de se soigner seul ?

Il faut être vigilant quant à l'information que l'on trouve sur Internet. Aucun conseil de patient sur un forum, aucun diagnostic proposé par un ami ne peut remplacer la prescription d'un médecin ou le conseil d'un pharmacien.
Ne reprenez pas de vous-même ce qui vous a été prescrit auparavant sans consulter votre médecin.

Comment éviter les interactions entre médicaments et celles avec certains aliments ?

Deux médicaments utilisés simultanément peuvent parfois modifier leur efficacité ou entraîner une toxicité. Il est ainsi nécessaire de signaler aux professionnels que vous rencontrez tous les médicaments que vous utilisez (pensez par exemple à la pilule contraceptive ou au somnifère), y compris ceux que vous prenez sans ordonnance et ceux que vous avez arrêtés.

Certains aliments peuvent également interagir avec votre traitement (exemples : jus de pamplemousse qui augmente l'absorption de certains médicaments, aliments riches en vitamine K qui peuvent diminuer l'efficacité de certains médicaments anticoagulants).

Conseils utiles

- soyez attentif aux conseils que vous donne le pharmacien sur le bon usage du médicament (comment l'utiliser, le conserver, ses effets…) ;
- notez par écrit si besoin les réponses aux questions que vous vous posez ;
- faites-vous éventuellement accompagner par un proche qui pourra vous aider à bien comprendre ce que le médecin vous dit et à mieux vous en souvenir ;
- apportez vos ordonnances à jour et vos résultats de laboratoire lors de vos visites chez le médecin ou en cas d'hospitalisation ;
- munissez-vous de la liste de TOUS les médicaments que vous prenez quotidiennement et/ou régulièrement lors de vos visites chez le médecin ou en cas d'hospitalisation.

Avant d'utiliser un médicament, lisez toujours la notice et conservez-la à l'intérieur de la boîte avec le médicament.
En cas de doute ou de persistance des symptômes, demandez l'avis d'un professionnel de santé. Indiquez aux professionnels de santé qui vous entourent les effets indésirables que vous avez ressentis (exemples : « j'ai une allergie avec cette crème », « je ne me sens pas bien depuis que j'ai pris ce médicament »).

En savoir plus

Sites Internet

Déclarer un effet indésirable d'un médicament
Les assises du médicament
La sécurité du médicament à l'hôpital
Les recommandations de la HAS sur l'usage des médicaments
La prise de médicaments pendant la grossesse
Le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 19

La bientraitance

Aujourd'hui, de nombreux établissements se mobilisent pour promouvoir la notion de « bientraitance ». Face à une certaine banalisation de la violence, il apparaît nécessaire de rappeler au personnel hospitalier, mais aussi aux patients, la nécessité d'un **respect réciproque**.
La question de la violence en milieu hospitalier est l'objet de multiples attentions de la part des professionnels de santé qui accompagnent au quotidien des personnes vulnérables. La conception large de la violence s'appuie sur la diversité des formes d'atteintes à l'intégrité du patient en milieu hospitalier : violences morales, par excès et négligences, physiques, matérielles, non-respect du consentement.
Le phénomène de maltraitance « ordinaire », moins visible que les actes de violence intentionnelle, individuelle et délictuelle, est tout aussi inacceptable. Il s'agit de cette situation de maltraitance si particulière qui, devenant insidieuse et systématique, se banalise au sein des établissements de soins et qu'il est difficile de dénoncer.

Que faire si vous êtes victime ou témoin d'un acte de maltraitance ?

Ce sont souvent les proches qui alertent les autorités mais aussi les personnes vulnérables elles-mêmes et les professionnels. Les personnes tenues au secret professionnel ne sont pas soumises à l'obligation de signalement, comme les médecins, mais elles peuvent néanmoins être poursuivies pénalement pour non-assistance à personne en état de péril.
La levée du secret professionnel est autorisée pour informer les autorités compétentes des sévices ou privations imposés à une personne hors d'état de se protéger elle-même en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger.
Le signalement aux autorités judiciaires, médicales ou administratives est préconisé, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

Si vous ou un proche êtes victime d'un acte de maltraitance, il faut vous adresser à une personne « ressource » dans l'établissement ; cela peut être le cadre de soins, une infirmière… pour lui faire part des faits. Cela pourra en effet se régler à l'aide d'un réajustement, d'explications, d'informations qui pourraient vous être apportées.

Cependant, si la situation n'évolue pas, vous pouvez écrire à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) afin de porter les faits de maltraitance et/ou de négligence à sa connaissance.
Si l'étape précédente ne vous a pas apporté satisfaction, et notamment pour des faits graves, vous pouvez alerter par courrier l'agence régionale de santé de votre région et/ou le pôle santé du Défenseur des droits.

Qui alerter ?

- Les professionnels de santé doivent référer à l'autorité judiciaire les sévices constatés dans l'exercice de leur profession.
- Les autorités judiciaires à saisir sont le procureur de la République ou son substitut.
- Les autorités administratives s'entendent du préfet du département, du directeur de l'agence régionale de santé ou du médecin inspecteur de la santé, des travailleurs sociaux qui en informent sans délai le président du conseil général ou toute personne désignée par lui.
- Le médecin n'est tenu qu'au signalement des faits constatés. Il n'est pas tenu de dénoncer l'auteur des faits concernés.

Toute personne peut signaler une situation de risque ou une situation de maltraitance avérée. Il faut toujours s'adresser aux acteurs de terrains présents puis, en cas d'insatisfaction faire remonter aux autorités compétentes.

Fiches

Fiche 23 - La médiation en établissement de santé
Fiche 24 - Les plaintes devant les ordres professionnels
Fiche 25 - Les voies de recours en cas de dommages liés aux soins
Fiche 26 - La représentation des usagers du système de santé

Sites Internet

Promouvoir la bientraitance en HAD
Développer la bientraitance en SSR
Repères pour la mise en œuvre de la bientraitance
Le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Je m'informe sur la fin de vie

Fiche 20 Les directives anticipées

Fiche 21 Les soins palliatifs

Fiche 22 La fin de vie

Fiche 20

Les directives anticipées

Lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, des directives anticipées préalablement rédigées permettent au médecin et à l'équipe médicale qui vous prennent en charge de connaître vos souhaits relatifs à votre fin de vie et en particulier ceux concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter des traitements. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.
Confronté à des situations de fin de vie, le médecin a donc pour obligation de s'enquérir de l'existence de ces directives, d'en vérifier la validité, d'en prendre connaissance et d'inclure les souhaits qui y sont formulés parmi les éléments sur lesquels va s'appuyer sa décision médicale. Les directives anticipées ne sont cependant pas contraignantes pour le médecin qui en apprécie la portée au vue de la situation.

Quelle forme doivent avoir mes directives anticipées ?

Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si vous êtes majeur. Il s'agit d'un document écrit qui doit être daté et signé sur lequel vous devez préciser vos nom, prénom, date et lieu de naissance. Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire vos directives anticipées, le document n'est valide que si deux témoins attestent par écrit, en précisant leurs nom et qualité, que ce document est bien l'expression de votre volonté libre et éclairée.
À votre demande, le médecin peut ajouter une attestation indiquant que vous êtes en état d'exprimer votre libre volonté et avez reçu les informations appropriées.

Quelle est la durée de validité des directives anticipées ?

Le document doit être rédigé depuis moins de trois ans. Vous devez donc renouveler vos directives anticipées tous les trois ans. Pour cela, il vous suffit de préciser sur le document portant vos directives que vous décidez de les confirmer et de signer cette confirmation. Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de validité de trois ans commence à courir.

Leur validité peut être prolongée sans limitation de durée si l'état d'inconscience du patient ou son incapacité mentale d'effectuer le renouvellement des directives anticipées intervient au cours des trois ans.

Afin de vous assurer que les directives et leurs modifications éventuelles seront bien prises en compte, vous êtes invité à prendre toutes les mesures pratiques qui s'imposent : accessibilité du document, mention des coordonnées de la personne détentrice de ces informations dans votre dossier médical….

Puis-je changer d'avis après avoir rédigé des directives anticipées ?

Vous pouvez révoquer à tout moment et sans formalité vos directives anticipées.
Ainsi, si vous le souhaitez, vous pouvez modifier totalement ou partiellement le contenu des directives. Un nouveau délai de trois ans court à compter de la modification.
De même, vous pouvez annuler vos directives. Il est préférable de le faire par écrit, surtout si cette décision intervient pendant la période de validité des trois ans.

Quand dois-je rédiger mes directives anticipées ?

La loi vous réserve l'initiative de rédiger des directives anticipées et de les faire connaître notamment lors de votre hospitalisation. Elle enjoint seulement au médecin, y compris si vous êtes suivi à domicile, d'en rechercher l'existence et de les consulter.

C'est dans le cadre d'une information régulière sur votre état de santé et d'une relation de confiance qu'au moment adapté, il pourra vous être demandé, en cas de maladie grave et évolutive, si vous avez rédigé des directives anticipées afin d'en faciliter la recherche ultérieurement, ou de vous suggérer de les rédiger pour formaliser les échanges intervenus entre vous, le médecin et l'équipe.

Comment m'assurer que mes directives anticipées seront prises en compte?

Vos directives anticipées doivent être aisément accessibles à tout médecin qui doit les consulter notamment dans le cadre de la prise de décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement.

Lorsque vous indiquez que vous avez rédigé des directives anticipées, leur existence est mentionnée dans votre dossier par l'équipe médicale, ainsi que les coordonnées de la personne qui les détient. Une copie du document de vos directives anticipées peut également être classée dans votre dossier médical.

Il est conseillé de garder l'original sur soi ou de le confier à la personne qui a l'habitude de vous accompagner (personne de confiance, famille, proches) afin d'être en mesure de le remettre à d'autres médecins qui pourraient devoir les consulter. Ceci n'est pas strictement prévu par les textes (le patient pouvant donc refuser et exiger que l'hôpital garde l'original) mais donne une garantie supplémentaire.

Si vos directives ne sont pas insérées ou mentionnées dans le dossier qu'il détient, le médecin cherchera à savoir si vous avez rédigé des directives et à qui vous les avez confiées : il s'adressera alors à votre personne de confiance, votre famille, vos proches, votre médecin traitant ou le médecin qui vous a adressé.

Quelle est la portée de mes directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance et en tenir compte. Elles témoignent de votre volonté alors que vous étiez encore apte à l'exprimer et en état de le faire, elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale finale.

Leur contenu prime sur les autres avis non médicaux (personne de confiance, famille, proches).

Cependant, les directives anticipées n'ont pas de force obligatoire pour le médecin qui a la responsabilité de vos soins. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales. Plus elles seront précises et adaptées à la situation, plus les directives anticipées seront prises en compte par le médecin dans les situations de fin de vie.

Si vous êtes majeur vous pouvez, si vous le souhaitez, faire une déclaration écrite appelée « directives anticipées », afin de préciser vos souhaits quant aux conditions de prise en charge de votre fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où vous ne seriez pas, à ce moment- là, en capacité d'exprimer votre volonté. Le médecin devra alors en tenir compte pour élaborer sa décision concernant vos traitements et les conditions de votre fin de vie.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 20 - Les directives anticipées
Fiche 22 - La fin de vie

Sites Internet

Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 21

Les soins palliatifs

Toutes les personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, peuvent bénéficier des soins palliatifs et de l'accompagnement. L'objectif des soins palliatifs n'est pas de guérir, mais de préserver la qualité de vie des patients et de leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle.

Que sont les soins palliatifs ?

Ce sont des soins actifs et continus délivrés par une équipe interdisciplinaire dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

Ils s'efforcent de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique et de sauvegarder la dignité de la personne malade en préservant la meilleure qualité de vie possible.
L'accompagnement, inclus dans le service de soins palliatifs, propose un soutien pour le malade et les proches.

Les professionnels de santé qui dispensent des soins palliatifs cherchent également à éviter les investigations et les traitements déraisonnables, autrement dit l'acharnement thérapeutique.

Par qui et où peuvent être pratiqués les soins palliatifs ?

Selon le souhait du patient et les possibilités de l'entourage, la prise en charge en soins palliatifs s'effectue dans les établissements de santé, au domicile ou en institution (maison de retraite, établissement médico-sociaux…).

Il existe trois types de structures spécialisées en soins palliatifs pour accueillir les patients en établissements de santé ou en institutions :

- les unités de soins palliatifs (USP) sont des services d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles sont également des lieux de recherche et de formation des soignants ;

- les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues) qui se déplacent au lit du malade et/ou auprès des soignants. Elles ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui font appel à elles. La mission des EMSP concerne la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique ;
- les lits identifiés en soins palliatifs sont installés dans les services d'hospitalisation qui sont fréquemment confrontés à des fins de vie. Ils permettent une ouverture et un lien entre le domicile et les établissements, par exemple dans le cadre d'un réseau de santé (soins palliatifs, cancérologie).

Deux types de dispositifs permettent une prise en charge à domicile :
- les services d'hospitalisation à domicile (HAD) dépendent d'une structure hospitalière. L'hospitalisation à domicile est mise en place sur prescription médicale lorsque la personne souhaite rester à son domicile et qu'elle nécessite beaucoup de soins et beaucoup de passages de soignants. L'équipe travaille en lien avec le médecin traitant et les autres soignants qui interviennent au domicile ;
- les réseaux de soins palliatifs favorisent activement le maintien à domicile des malades qui le désirent dans les meilleures conditions. Ils coordonnent l'ensemble des autres structures afin de maintenir le lien entre tous les professionnels de santé qui prennent en charge le patient.

Cependant, pour pouvoir envisager un maintien à domicile d'un patient en soins palliatifs, il faut s'assurer de certains prérequis comme :
- la disponibilité d'une équipe de proximité composée de professionnels : médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, auxiliaires de vie… ;
- la capacité de l'entourage d'assurer ce maintien ;
- la coordination des professionnels du domicile auprès de la personne malade ainsi que l'expertise médicale (évaluation de la douleur ou des symptômes) par une équipe consultant en soins palliatifs ;
- l'expertise sociale et l'accompagnement psychologique si nécessaire ;
- la mise en lien avec les associations de bénévoles d'accompagnement.

Quelles sont les aides pour les proches ?

La famille et les proches ont parfois besoin d'être soutenus dans leur épreuve face à la maladie grave qui touche l'un des leurs. Les équipes soignantes, les associations de bénévoles d'accompagnement, les associations de malades peuvent répondre à ces besoins en proposant un soutien individuel, familial ou collectif.

Les proches qui souhaitent réduire ou suspendre leur activité professionnelle pour accompagner le malade en fin de vie peuvent prendre un congé de solidarité familiale.

Ce congé est ouvert à tout salarié dont un ascendant, un descendant, un frère, une sœur ou dont le cohabitant fait l'objet de soins palliatifs, quelle qu'en soit la cause. Il a une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois pour accompagner ce proche malade.

Vous pouvez vous renseigner auprès du service des ressources humaines de votre entreprise pour connaître les démarches à suivre et demander ce congé. Les personnes bénéficiant d'un tel congé peuvent bénéficier de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie créée par la loi du 2 mars 2010. Le montant de l'allocation est fixé à 53,17 € par jour ou à 26,58 € si le salarié a transformé son congé de solidarité familiale en activité à temps partiel.

Des bénévoles d'accompagnement peuvent offrir du temps, de la présence et de l'écoute aux personnes en fin de vie et à leurs proches en établissement de santé, en institution ou à domicile. Ils ne peuvent intervenir qu'avec l'accord du patient et de ses proches. Il faut veiller à ce qu'ils fassent partie d'une association agréée qui assure leur formation et leur encadrement.

Comment trouver une structure de soins palliatifs ?

En premier lieu, vous devez en discuter avec votre médecin traitant ou l'équipe soignante qui vous orienteront dans votre choix. Si toutefois les informations reçues ne vous satisfont pas complètement, vous pouvez :

- pour identifier une structure de soins palliatifs ou des associations de bénévoles : consulter le Répertoire national des structures de soins palliatifs de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs : www.sfap.org ;
- pour répondre à vos questions : appeler la ligne nationale d'écoute « accompagner la fin de vie, s'informer, en parler » au 0811 020 300 (coût d'un appel local, ouverture du lundi au vendredi de 14h à 18h).

Les soins palliatifs s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible pour les malades et proposent un soutien aux proches. Vous pouvez bénéficier d'un congé d'accompagnement de solidarité familiale pour soutenir votre proche malade dans cette épreuve.

En savoir plus

Fiches

Fiche 7 - Les soins à domicile
Fiche 17 - La prise en charge de la douleur
Fiche 20 - Les directives anticipées
Fiche 22 - La fin de vie

Sites Internet

Le portail des soins palliatifs
Le programme national de développement des soins palliatifs
Un exemple de bonnes pratiques des soins palliatifs
L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Fiche 22

La fin de vie

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi « Léonetti ») est venue préciser les droits en fin de vie, définie comme « la phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause ». Cette loi de 2005 ne revient pas sur l'interdiction faite au médecin de donner délibérément la mort (acte qui reste une infraction pénale), mais affirme un droit au « laisser mourir » sans souffrance évitable et dans le respect de la dignité du patient. La loi reconnaît le refus de l'acharnement thérapeutique, autorise les arrêts ou limitations de traitement et admet expressément que pour soulager les souffrances d'une personne en fin de vie, peut être pris le risque d'un traitement contre la douleur ayant pour effet secondaire d'abréger la vie.

Qu'est-ce que l'interdiction de l'obstination déraisonnable ?

La loi énonce que les actes médicaux « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable », autrement dit, elle s'oppose à « l'acharnement thérapeutique ». Elle justifie ainsi les décisions d'arrêt ou de limitation de traitements devenus « inutiles ou disproportionnés, ou n'ayant comme effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle précise dans le même temps que le médecin doit alors toujours sauvegarder la dignité de son patient, assurer sa qualité de vie et soulager sa souffrance.
Les principes retenus viennent conforter le Code de déontologie médicale qui précise :

- « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique » (article R. 4127-37 du Code de la santé publique).
- « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et des mesures appropriés à la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage » (article R. 4127-38).

La difficulté de toute décision médicale en fin de vie tient au souci d'assurer l'équilibre entre la protection de la vie et le droit de la personne à une fin de vie sans souffrance et dans le respect de sa dignité.

La personne malade en fin de vie peut-elle demander l'arrêt ou la limitation de ses traitements ?

Le principe posé par la loi est que la personne malade, consciente et en état d'exprimer sa volonté, peut refuser toute investigation ou tout traitement même si ce refus met sa vie en danger. En revanche, si la personne n'est pas en fin de vie, le médecin a l'obligation de tout mettre en œuvre pour tenter de la convaincre d'accepter les soins indispensables, y compris en faisant appel à un autre médecin et ne donne suite à sa volonté qu'à l'issue d'un délai raisonnable lui permettant de réitérer son souhait, en fin de vie ; le médecin doit alors, sans délai, respecter la volonté ainsi exprimée par le malade, après l'avoir informé sur les conséquences de son choix.

Dans tous les cas, la procédure suivie, comme la décision, sont inscrites dans le dossier médical du patient et la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs doit toujours être dispensée.

Que se passe-t-il si la personne malade n'est plus en état d'exprimer sa volonté ?

En prévision d'une telle situation, chaque personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où elle ne serait plus en état de décider. Elle peut également rédiger des directives anticipées afin d'exprimer, par anticipation, ses souhaits quant à l'organisation de sa fin de vie. Celles-ci peuvent être confiées à la personne de confiance.

En effet, si, à la suite d'un accident grave ou compte tenu de l'évolution de la maladie, une personne se trouve dans le coma ou dans un état végétatif persistant, elle n'a plus les moyens de participer aux décisions la concernant et d'exprimer sa volonté. Dans ce cas, c'est le médecin qui peut prendre la décision d'interrompre ou de ne pas entreprendre des traitements jugés «inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie » à l'issue d'une procédure collégiale.
On entend par procédure collégiale, la concertation avec l'équipe de soins et l'avis motivé d'au moins un médecin extérieur au service. Cette procédure ne dispense pas le médecin de rechercher et de prendre en compte la volonté préalablement exprimée par la personne malade (directives anticipées, témoignage de la personne de confiance), il prendra également l'avis de la famille et des proches. La procédure collégiale peut être demandée par le médecin, l'équipe médicale mais aussi par la famille et les proches sur le fondement des directives anticipées dont ils seraient dépositaires. La décision finale appartient au médecin qui doit la motiver et l'inscrire dans le dossier médical du patient.

Quel est le rôle de la famille et des proches ?

Leur rôle est complexe car ils sont intimement liés au malade et leur intégration dans le processus décisionnel de limitation ou d'arrêt de soins est particulièrement délicate. Un sentiment de culpabilité est souvent ressenti d'autant que la famille n'exprime pas toujours une unité de vues sur la meilleure décision à prendre pour son proche. Dans la pratique, plusieurs entretiens avec eux sont prévus. En cas de divergence de points de vue, les directives anticipées et la personne de confiance jouent un rôle de protection.

La loi du 22 avril 2005 autorise-t-elle le médecin à aider son patient à mourir ?

Le législateur de 2005 autorise le médecin à ne pas entreprendre de soins inutiles ou disproportionnés et lui fait obligation de respecter le refus de traitement exprimé par son patient. Il doit être à son écoute et à celle de sa plainte et rechercher son soulagement.

Si le seul moyen de soulager la souffrance est d'administrer un traitement sédatif puissant mais qui pourrait avoir comme effet secondaire d'abréger la vie (on parle de « double effet »), le médecin doit en informer le malade, la personne de confiance et/ou la famille ; il doit, en toute transparence, inscrire sa démarche dans le dossier médical. La loi en revanche ne lève pas l'interdit pesant sur le médecin de ne pas donner délibérément la mort.

La loi de 2005 interdit l'acharnement thérapeutique et affirme votre droit au soulagement de la souffrance même au risque d'abréger la vie. Elle autorise l'arrêt ou la limitation des traitements inutiles et disproportionnés, soit à votre demande si vous êtes en état de manifester votre volonté, soit, si vous êtes inconscient, sur décision de votre médecin dans le cadre d'une procédure collégiale qui permettra de prendre l'avis de tous y compris le vôtre si vous avez laissé des directives anticipées ou exprimé vos vœux auprès d'une personne de confiance. Le médecin doit alors préserver la dignité de son malade et assurer sa qualité de vie.

En savoir plus

Fiches

Fiche 8 - L'information du patient
Fiche 9 - La personne de confiance
Fiche 10 - Le consentement aux soins
Fiche 20 - Les directives anticipées

Sites Internet

La campagne nationale sur la fin de vie
L'observatoire national de la fin de vie
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

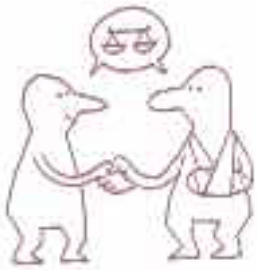
Je fais valoir mes droits

Fiche 23 La médiation en établissement de santé

Fiche 24 Les plaintes devant les ordres professionnels

Fiche 25 Les voies de recours en cas de dommages liés aux soins

Fiche 26 La représentation des usagers du système de santé



Fiche 23

La médiation en établissement de santé

Si vous n'êtes pas satisfait de votre prise en charge au sein d'un établissement de santé et que vous souhaitez faire part d'une difficulté ou d'un dysfonctionnement constaté lors de votre séjour, plusieurs possibilités s'offrent à vous.

Quelles sont les différentes étapes de l'examen d'une réclamation ou d'une plainte formulée auprès d'un établissement de santé ?

1. Vous pouvez vous exprimer oralement

Il est souhaitable, dans un premier temps, que vous exprimiez oralement votre mécontentement à un responsable du pôle (ou service, ou unité…) de l'établissement qui vous prend en charge.

2. Vous pouvez aussi vous exprimer par écrit

En cas d'impossibilité ou si l'entretien avec le responsable du pôle ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez écrire à la direction de l'établissement ou demander que votre plainte soit consignée par écrit auprès du secrétariat du service concerné.

3. Vous recevez une réponse

Toutes les plaintes écrites sont transmises à la direction qui doit y répondre dans les meilleurs délais. Il se peut que cette réponse ne soit pas définitive, l'examen de votre plainte nécessitant de recueillir des informations auprès du pôle (service, unité…) concerné.

4. Vous pouvez être mis en relation avec un médiateur

Dès cette première réponse, il sera précisé que vous pouvez, si vous le souhaitez, demander à avoir un entretien avec un médiateur. Selon les circonstances, la direction peut souhaiter, d'elle-même, faire appel à un médiateur. Dans ce cas, elle vous préviendra qu'elle a demandé au médiateur de se rendre disponible pour vous recevoir.

Qui sont les médiateurs ?

Il existe deux médiateurs : le médiateur médecin et le médiateur non médecin. L'un et l'autre sont chargés de vous écouter, de vous accompagner dans votre réflexion et d'essayer de rétablir une relation de confiance entre vous-même et l'établissement ou l'un de ses personnels.
Si votre mécontentement concerne l'organisation des soins ou le fonctionnement médical du pôle (service ou unité…) dans lequel vous avez été pris en charge, le médiateur médecin sera compétent. Dans tous les autres cas, ce sera le médiateur non médecin (alimentation, confort de la chambre, accueil des proches…). Si votre plainte concerne les deux types de questions, vous pouvez vous entretenir avec les deux médiateurs qui seront saisis.

5. Votre rencontre avec le médiateur doit avoir lieu dans les huit jours

Si vous êtes d'accord pour rencontrer le médiateur, la rencontre a lieu dans les huit jours après que ce dernier en a été avisé. Si vous êtes encore hospitalisé au moment de la plainte, toutes les mesures seront prises pour que vous puissiez vous entretenir avec le médiateur avant votre départ.
Si la plainte est examinée par le médiateur médecin, il peut être utile, pour vous aider, qu'il prenne connaissance des informations contenues dans votre dossier médical. Cependant, pour consulter le dossier médical avant l'entretien, le médiateur doit avoir votre accord écrit.
Le médiateur adresse ensuite un compte rendu de cette rencontre au président de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) qui vous l'adresse sans délai, ainsi qu'aux membres de cette commission.

À quoi sert la CRUQPC ?

La CRUQPC permet de faire le lien entre l'établissement et les usagers. Elle joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre des mesures contribuant à améliorer votre accueil et celui de vos proches ainsi que votre prise en charge. Elle doit en outre veiller au respect de vos droits. Dans le cadre de ces missions, elle peut être amenée à examiner vos plaintes ou réclamations.

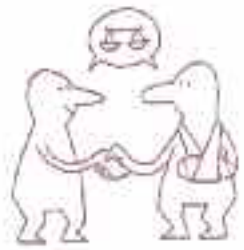
Qui en sont membres ?

La CRUQPC est toujours composée au moins :
- du directeur de l'établissement ;
- de deux représentants des usagers ;
- du médiateur médecin et du médiateur non médecin.

Les établissements peuvent décider que la CRUQPC soit composée de davantage de membres.
La liste des membres de la CRUQPC figure dans le livret d'accueil de la personne hospitalisée.

6. La CRUQPC se réunit pour examiner votre plainte

Le médiateur rédige un compte rendu de l'entretien destiné à tous les membres de la commission. Là encore, si des éléments concernant votre santé doivent figurer dans le



compte rendu parce qu'ils sont utiles pour examiner votre plainte ou réclamation, il vous sera demandé de donner votre accord écrit pour que l'ensemble des membres de la commission puissent prendre connaissance de ces éléments. Les membres de la CRUQPC sont, bien sûr, tenus au secret professionnel.

7. Vous serez informé par écrit de la suite donnée à votre plainte ou réclamation sous huit jours

Il se peut que l'entretien que vous avez eu avec le ou les médiateurs vous ait apporté satisfaction : la commission décidera alors le classement de votre plainte.
Si ce n'est pas le cas, la commission proposera des recommandations au directeur de l'établissement pour résoudre le litige ou vous indiquera les voies de recours dont vous disposez pour faire valoir vos droits.
Dans les huit jours suivant la réunion de la commission, le directeur vous fera part de sa décision accompagnée de l'avis de la commission.

7bis. Vous pouvez informer l'agence régionale de santé de votre région qui est garante de la qualité et de la sécurité de l'organisation de l'offre de soins.

Lorsque vous n'êtes pas satisfait de votre prise en charge, vous pouvez faire part de votre mécontentement soit verbalement et directement, soit via une lettre de réclamation. En cas d'échec dans la recherche de solutions, une médiation peut être organisée. Qu'elle concerne des aspects médicaux ou non, elle vise avant tout à renouer le dialogue entre les patients et les soignants.

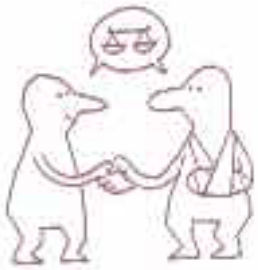
En savoir plus

Fiches

Fiche 25 - Les voies de recours en cas de dommage liés aux soins
Fiche 26 - La représentation des usagers du système de santé

Sites Internet

La mise en place d'une CRUQPC
L'utilité d'une CRUQPC
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé



Fiche 24

Les plaintes devant les ordres professionnels

La juridiction ordinale qu'est le Conseil national de l'ordre des médecins ne remplace pas les juridictions pénales, civiles et administratives. Elle ne se prononce que sur le respect du Code de déontologie médicale inclus dans le Code de la santé publique. Elle ne peut pas octroyer au plaignant de dommages et intérêts ou de remboursement d'honoraires. Elle peut en revanche sanctionner le médecin par un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire d'exercice ou la radiation du tableau de l'ordre des médecins.

Qui peut porter plainte devant le Conseil national de l'ordre des médecins ?

Tout particulier peut porter plainte contre un médecin devant le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM). La procédure est écrite et contradictoire. La plainte doit être de préférence adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au conseil départemental de l'ordre du médecin concerné. Elle doit expliquer les faits reprochés au praticien et si possible le numéro des articles du Code de déontologie susceptibles d'avoir été violés. Le médecin sera informé de la plainte déposée à son encontre.

Le président du CDOM doit organiser une réunion de conciliation, dans un délai d'un mois suivant le dépôt de la plainte. Si la réunion n'aboutit pas à une conciliation, le président du CDOM transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec un avis motivé du conseil, dans un délai de trois mois à compter de l'enregistrement de la plainte. La chambre disciplinaire de première instance doit statuer dans un délai de six mois.

La chambre disciplinaire de première instance peut ordonner une enquête sur les faits si cela lui paraît utile pour l'instruction de l'affaire.

Vous recevrez ensuite une convocation à une séance de chambre disciplinaire de première instance. Vous serez alors en présence du médecin incriminé, assisté de son avocat ou d'un de ses confrères pour le défendre. Vous pouvez vous aussi vous faire assister ou représenter par la personne de votre choix.

Les juges présents ne vous feront pas immédiatement part de leur décision, vous serez averti par courrier quelques jours ou semaines plus tard.

La section disciplinaire nationale peut être saisie des appels des décisions des chambres disciplinaires de première instance (appel du médecin, du patient, du ministère de la Santé, du représentant de l'État dans le département ou la région, du procureur de la République, du conseil départemental ou national de l'ordre des médecins). L'appel a un effet suspensif. Les décisions rendues par la chambre disciplinaire nationale ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'État.

Quelle est l'utilité de l'action disciplinaire contre les praticiens ?

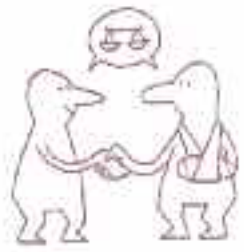
L'action disciplinaire permet d'assurer la protection de l'honneur de la profession médicale et de s'assurer du respect des devoirs qui incombent aux praticiens en vertu du Code de déontologie.

Comment bien formuler ma plainte ?

Vous pouvez déposer une plainte contre votre praticien auprès du conseil départemental de son ordre dont vous trouverez les coordonnées dans l'annuaire téléphonique. Vous devez adresser une lettre en recommandée avec accusé de réception en joignant un historique détaillé des faits incriminés et le double des pièces médicales correspondantes.

Quel est l'impact des actions parallèles en responsabilité civile ou pénale ?

L'action disciplinaire est indépendante des actions en responsabilité civile ou pénale. La sanction prononcée par l'ordre des médecins ne s'impose donc ni au juge pénal ni au juge civil. L'autorité judiciaire doit aviser obligatoirement et sans délai le Conseil national de l'ordre de toute condamnation devenue définitive. De même, le parquet doit signaler au Conseil de l'ordre toute affaire pénale dans laquelle est impliqué un médecin. Les plaintes abusives peuvent être sanctionnées par des pénalités financières.
La procédure décrite ci-dessus concerne l'ordre des médecins, il existe également d'autres ordres professionnels pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les pédicures-podologues et les infirmiers.



Contacts utiles

Pour les médecins
Conseil national de l'ordre des médecins
180 boulevard Haussmann
75389 Paris cedex 08
Tel: 01 53 89 32 00
www.conseil-national.medecin.fr

Pour les pharmaciens
Ordre national des pharmaciens
4 avenue Ruysdaël
75379 Paris cedex 08
Tel : 01 56 21 34 34
www.ordre.pharmacien.fr

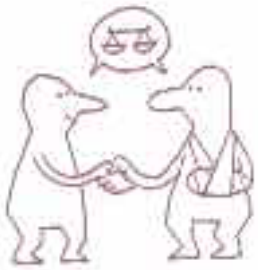
Pour les chirurgiens-dentistes
Ordre national des chirurgiens-dentistes
22 rue Emile Menier
BP 2016
75761 Paris cedex 16
Tel : 01 44 34 78 80
www.ordre-chirurgiens-dentiste.fr

Pour les masseurs-kinésithérapeutes
Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes
88 rue Niel
75017 Paris
Tel : 01 46 22 32 97
www.ordremk.fr

Pour les sages-femmes
Conseil national de l'ordre des sages-femmes
56 rue de Vouillé
75015 Paris
Tel : 01 45 51 82 50
www.ordre-sages-femmes.fr

Pour les pédicures-podologues
Ordre national des pédicures-podologues
116 rue de la Convention
75015 Paris
Tel : 01 40 60 45 10
www.onpp.fr

Pour les infirmiers
Conseil national de l'ordre des infirmiers
63 rue Sainte Anne
75002 Paris
tel : 01 49 26 08 15
courriel : ordre-infirmier.national@orange.fr
www.ordre-infirmiers.fr



Fiche 25

Les voies de recours en cas de dommages liés aux soins

- Si vous souhaitez faire part de votre mécontentement vis-à-vis de l'organisation des soins sans rechercher une indemnisation, vous pouvez :

Contacter le médecin responsable ou le chef de service pour échanger directement avec lui → Ecrire au directeur de l'établissement de soins, solliciter une rencontre avec le médiateur médical ou non médical → Saisir la CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) → Informer et saisir l'agence régionale de santé (ARS) de votre région

- Si vous vous estimez victime d'un dommage imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins, d'accidents médicaux ou encore de comportements portant atteinte à vos droits de la part des professionnels ou des établissements de santé, la responsabilité du professionnel de santé peut alors être engagée devant plusieurs juridictions. Trois voies de recours sont possibles :

Procédure amiable	Médiateur médical ou non médical CRUQPC Transaction directe avec l'assureur de l'établissement de soins		CCI ONIAM
Procédure contentieuse	Action administrative (pour les établissements publics)	Action civile (professionnels libéraux et établissements privés)	Action pénale (en cas d'infraction)
Procédure disciplinaire	Pouvoir disciplinaire des chefs d'établissements, publics ou privés		Conseils ordinaux des professionnels de santé (médecin, infirmier, sage-femme)

La procédure amiable

Vous pouvez effectuer une demande amiable auprès de l'établissement, soit directement auprès du directeur de l'hôpital, soit par l'intermédiaire du médiateur médical ou non médical, ou de la CRUQPC, par un courrier précisant vos griefs relatifs à votre prise en charge. Le directeur de l'établissement de santé concerné peut, dans le cadre de son pouvoir disciplinaire propre, engager une procédure de sanction contre le professionnel mis en cause. Une transaction directe avec l'assureur de l'établissement de soins pourra vous être proposée.

En outre, vous pouvez, sous certaines conditions, saisir la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI). Cette dernière diligente, sous condition d'atteinte des seuils de gravité, une expertise contradictoire et gratuite pour le demandeur afin d'établir le lien de causalité entre les actes de soins et les séquelles présentées. La CCI rend un avis soit de rejet de votre demande, soit d'indemnisation par l'assureur du professionnel de santé ou par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) en cas d'aléa thérapeutique (accident médical non fautif).

Pour une information complète sur la procédure CCI/ONIAM, vous pouvez vous référer à la fiche CCI en annexe ou vous connecter avec le lien suivant : http://www.oniam.fr ou encore téléphoner au 0810 600 160 du lundi au vendredi de 9h à 17h (coût d'une communication locale).

La procédure contentieuse

La responsabilité du praticien peut être recherchée dans un but indemnitaire, soit sur le plan civil devant les juridictions civiles de l'ordre judiciaire dans l'hypothèse de médecins et de soignants libéraux et des établissements de santé privés, soit sur le plan administratif devant les juridictions administratives (après avoir formulé préalablement une demande directement devant l'autorité publique présumée responsable), pour les établissements publics de santé dont le médecin dépend et où le patient est considéré comme un usager du service public.

Elle peut aussi être recherchée sur le plan pénal devant les juridictions répressives de l'ordre judiciaire, l'objectif essentiel étant alors une sanction personnelle du médecin poursuivi.

La procédure disciplinaire

Pour faire valoir vos griefs, vous pouvez saisir les conseils ordinaux qui sont amenés à connaître de la responsabilité disciplinaire des professionnels de santé (exerçant dans un établissement public ou à titre libéral) au regard de leurs obligations déontologiques. Il convient de préciser que vous pouvez mener ces actions simultanément.

Lorsque vous estimez avoir été victime d'un accident médical et que vous souhaitez obtenir réparation des éventuels préjudices subis, il convient avant toute démarche de déterminer très clairement le but de cette dernière : indemnitaire, disciplinaire, faute personnelle du médecin, etc… En fonction de l'origine du dommage que vous avez subi, vous pourrez choisir la procédure la plus adéquate pour atteindre le but recherché.

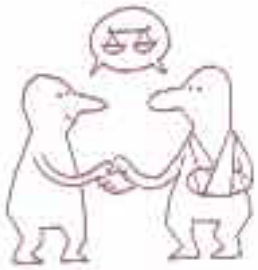
En savoir plus

Fiches

Fiche 23 - La médiation en établissement de santé
Fiche 26 - La représentation des usagers du système de santé

Sites Internet

Les adresses utiles en région
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé



Fiche 26

La représentation des usagers du système de santé

La représentation des usagers dans les instances de santé publique et hospitalières permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de leurs représentants, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé. Leur mission consiste notamment à faire connaître les attentes des patients et à proposer de nouvelles orientations pour l'amélioration du système de santé. Pour qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle, les représentants d'usagers peuvent bénéficier de formations, lorsqu'ils sont salariés d'un congé de représentation, et de l'appui de regroupements interassociatifs dans les régions.

Qui peut devenir représentant des usagers ?

Pour représenter les usagers dans les différentes instances telles que les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), les conférences de santé etc., il faut être membre d'une association agréée au niveau national ou régional.

Une association est agréée au niveau national ou au niveau régional si sa demande d'agrément a reçu un avis favorable de la Commission nationale d'agrément. Cette dernière apprécie si les conditions imposées par le législateur sont remplies et donne un avis au ministre chargé de la Santé (niveau national) ou aux directeurs généraux des agences régionales de santé (niveau régional).

Ces autorités prononceront alors l'agrément pour cinq ans ou le refus d'agrément. C'est le ministre de la Santé ou le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) qui, sur proposition des associations sollicitées, désigne les représentants des usagers dans les instances de santé publique ou hospitalières.

Quelles sont les missions du représentant des usagers ?

- S'impliquer, au nom des usagers, dans l'administration ou l'organisation d'un établissement de santé, d'un réseau de santé, d'un réseau de soins ou d'une caisse primaire d'assurance maladie.
- Contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne du patient, faire le lien entre les patients et les professionnels de santé dans le respect de ses droits.
- Participer, au nom des usagers, à l'élaboration des politiques de santé au niveau national/ régional/ local et siéger dans différentes instances de santé publique.
- Faire valoir les droits des personnes malades – patients hospitalisés ou bénéficiaires de soins, usagers, victimes d'accidents médicaux.
- Partager au sein de son association la dimension collective de la représentation.

Quels sont les moyens mis à disposition des représentants des usagers pour exercer leurs missions ?

La formation

Pour exercer leur mandat de manière efficace au sein des instances et être un interlocuteur écouté des instances de santé publique, les représentants ont droit à une formation facilitant l'exercice du mandat.

Dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs conclue avec le collectif interassociatif sur la santé (CISS), des actions de formation pour les représentants des usagers issus des associations membres des CISS implantés dans les régions sont proposées et financées par le CISS. Les formations sont organisées en lien avec les CISS régionaux.

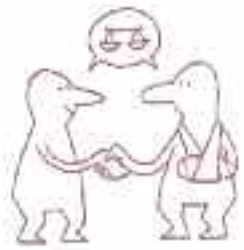
Des formations sont également mises en place par certaines agences régionales de santé, en lien avec les associations de la région dans le cadre d'un cahier des charges proposé par le ministère chargé de la Santé.

Le congé de représentation

En tant que représentant des usagers, il est possible de s'absenter pour participer bénévolement aux réunions des instances de santé publique ou hospitalières. Ce congé est assimilé à une période de travail effectif.

En cas de diminution de la rémunération du fait de ce mandat, une indemnité de l'État compensant totalement ou partiellement cette baisse sera versée :

- par l'établissement de santé lorsque le représentant d'usager siège dans une instance hospitalière ;
- par l'État, la collectivité territoriale ou l'établissement public national lorsque le représentant d'usager siège dans une instance nationale ou régionale ou dans un établissement public national.



L'employeur est tenu d'accorder au représentant d'usager le temps nécessaire pour participer aux réunions des instances dans lesquelles il siège, dans la limite de neuf jours ouvrables par an, temps des trajets inclus.

Les frais de déplacement

Les représentants des usagers peuvent demander une prise en charge des frais de déplacement occasionnés par l'exercice de leur mandat.
Dans certains cas, les instances de santé publique et les agences sanitaires prévoient dans les textes qui régissent leur fonctionnement, le remboursement des frais de déplacement.
Dans les autres cas, le remboursement des frais occasionnés lors d'un déplacement est assuré selon des modalités fixées par décret.

Le représentant des usagers est un acteur essentiel pour veiller au respect des droits des usagers du système de santé et à l'amélioration de la qualité du système de santé. Sa présence dans les instances décisionnelles et consultatives du système de santé est essentielle pour rendre effective la participation des usagers et contribuer à la définition des politiques de santé ou à l'organisation du système de santé au niveau régional et national : cela fonde la démocratie sanitaire.

En savoir plus

Fiches

Fiche 23 - La médiation ou établissement de santé
Fiche 24 - Les voies de recours en cas de dommages liés aux soins

Sites Internet

Le collectif interassociatif sur la santé
L'agrément des associations
Le site du Défenseur des droits
L'espace droits des usagers de la santé

Annexes

Annexe 1 Le Défenseur des droits

Annexe 2 La procédure d'indemnisation devant la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI)

Annexe 3 La procédure devant le juge administratif

Annexe 4 La procédure devant le juge civil

Annexe 5 La procédure devant le juge pénal

Annexe 6 Adresses des agences régionales de santé

Annexe 7 Sigles

Annexe 1

Le Défenseur des droits

Le Défenseur des droits est une autorité constitutionnelle indépendante, chargée de veiller à la protection de vos droits et libertés et de promouvoir l'égalité.
Le Défenseur des droits succède, dans ses missions, à quatre autorités administratives indépendantes : le Médiateur de la République, le Défenseur des enfants, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) et la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS).

Qui peut saisir le Défenseur des droits et dans quels cas ?

Que vous soyez une personne physique (agissant pour son propre compte) ou morale (agissant au nom d'une association, d'une société…), de nationalité française ou étrangère, vous pouvez saisir directement et gratuitement le Défenseur des droits :

- si vous vous estimez lésé par le fonctionnement d'une administration, d'un service public ;
- si vous vous estimez victime d'une discrimination, directe ou indirecte, prohibée par la loi ou par un engagement international, que l'auteur présumé de cette discrimination soit une personne privée ou publique ;
- si vous êtes victime ou témoin de faits dont vous estimez qu'ils constituent un manquement à la déontologie par des personnes exerçant une activité de sécurité sur le territoire de la République ;
- si vous considérez que les droits fondamentaux d'un enfant ou d'un adolescent ne sont pas respectés, ou qu'une situation met en cause son intérêt.

Le Défenseur des droits peut également décider de se saisir d'office.

Le Défenseur des droits et tous ses collaborateurs sont soumis au secret professionnel.

Comment le Défenseur des droits fait-il respecter vos droits ?

Le Défenseur des droits adapte son intervention à chaque cas.
Il fait usage de ses pouvoirs d'enquête pour obtenir communication de toutes les pièces utiles ; en cas de nécessité, il peut auditionner des personnes, voire procéder à des vérifications sur place.
Si la réclamation qui lui est soumise révèle une faute ou un manquement, le Défenseur des droits peut mettre en œuvre des solutions contraignantes telles que :

- présenter des observations devant les juridictions civiles, administratives ou pénales à l'appui d'un réclamant ;
- intervenir au soutien d'une transaction civile ou pénale ;
- saisir l'autorité disciplinaire pour lui demander d'engager des poursuites contre un agent ;
- recommander à l'administration de prendre des sanctions contre une personne physique ou morale, publique ou privée, soumise à autorisation ou agrément administratifs, qui serait à l'origine d'une discrimination.

Le recours au Défenseur des droits est gratuit.

Le Défenseur des droits ne peut remettre en cause une décision de justice.
Sa saisine n'interrompt ni ne suspend les délais de prescription des actions civiles, administratives ou pénales ni ceux des recours administratifs ou contentieux.
Il apprécie si les faits qui lui sont soumis justifient une intervention de sa part.

Dans quel cas puis-je avoir recours au Défenseur des droits ?

Vous êtes en désaccord avec une décision ou le comportement d'une administration ou d'un organisme chargé d'un service public ou d'une mission de service public : hôpitaux, cliniques, maisons de retraite, caisses d'allocations familiales (Caf), caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), régime social des indépendants (RSI), Pôle emploi, fournisseurs d'énergie (EDF, GDF), gestionnaires de transports publics (SNCF), ministères, consulats, préfectures, communes, conseils généraux et régionaux, etc. ? Vos démarches préalables auprès de ces services pour résoudre ce litige ont échoué, vous pouvez saisir le Défenseur des droits.

Il ne peut cependant intervenir dans le cadre de litiges privés (tels que les conflits de voisinage ou avec un commerçant) ou de différends entre ces services publics et leurs agents (sauf s'il s'agit de faits de discrimination).

Vous pensez être victime d'une inégalité de traitement à l'embauche, au travail, pour l'accès à un logement, à un lieu public, à des services, fondée sur l'un des 18 critères énumérés par la loi comme votre origine, votre handicap, votre sexe, votre âge, votre orientation sexuelle ? Vous pouvez saisir le Défenseur des droits.

Vous considérez qu'un enfant ou un adolescent de votre entourage ne peut pas bénéficier de l'un des droits fondamentaux issus de la Convention internationale des droits de l'enfant (droit à l'éducation, droit de vivre en famille, droit à la protection de la vie privée, etc.) ? Vous pouvez saisir le Défenseur des droits.

Vous avez été victime ou témoin d'un comportement que vous estimez abusif de la part de personnes exerçant des activités de sécurité : policiers nationaux, policiers municipaux, gendarmes, douaniers, agents de l'administration pénitentiaire, agents de surveillance des transports en commun, membres de services d'ordre, enquêteurs privés, employés de services de surveillance ou de gardiennage, transporteurs de fonds, etc. ? Vous pouvez saisir le Défenseur des droits.

Comment saisir le Défenseur des droits ?

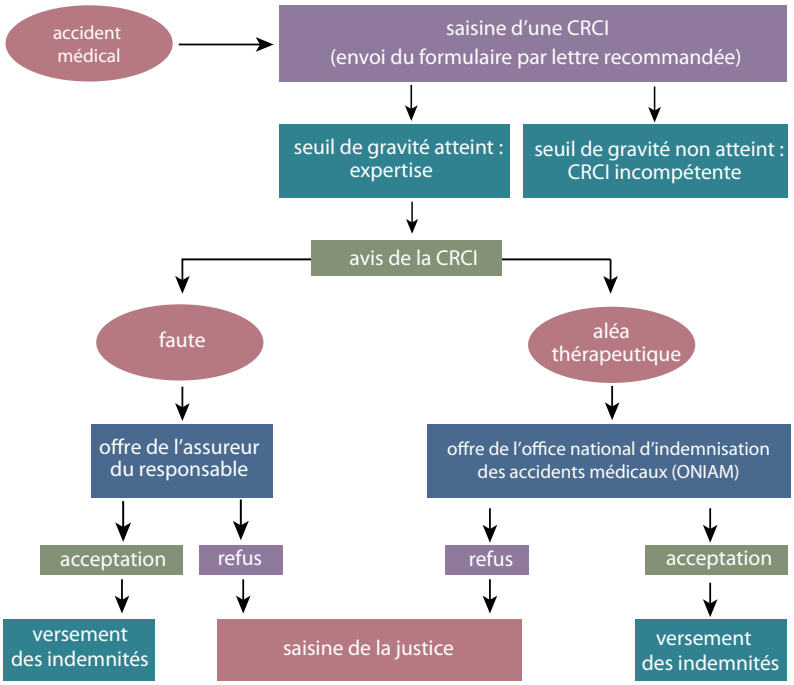
Pour saisir gratuitement le Défenseur des droits, vous pouvez :
- vous adresser directement au pôle Santé au numéro Azur 0810.455.455 (prix d'un appel local) ;
- vous adresser à l'un des délégués du Défenseur des droits : ces derniers assurent des permanences dans divers points d'accueil au plus près de chez vous (préfectures, sous-préfectures, maisons de justice et du droit). Vous pouvez consulter la liste de leurs permanences sur www.defenseurdesdroits.fr. Lors de votre rencontre avec le délégué, munissez-vous des pièces relatives à votre saisine ;
- remplir le formulaire de saisine en ligne sur www.defenseurdesdroits.fr;
- envoyer un courrier à l'adresse suivante :
  Le Défenseur des droits
  7 rue Saint-Florentin
  75409 Paris
  Cedex 08.

Pour toute information, appelez le 09 69 39 00 00 (prix d'un appel local).
Que votre saisine soit faite en ligne ou par courrier postal, vous devez joindre les pièces relatives à votre réclamation.

Annexe 2

La procédure d'indemnisation devant la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI)

Si vous avez été victime d'un accident médical vous pouvez, sous certaines conditions, obtenir une indemnisation selon une procédure spécifique. Pour en bénéficier, il faut que l'accident soit consécutif à un acte médical réalisé à partir du 5 septembre 2001 et que les dommages subis soient supérieurs à un seuil de gravité.



Qu'est-ce que la CCI ?

Les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) sont chargées d'une double mission :

- une mission de conciliation : organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé.
  Vous pouvez saisir la commission d'une demande de conciliation si vous n'êtes pas satisfait des soins qui vous ont été dispensés ou si vous êtes en désaccord

avec un professionnel de santé ou un établissement de santé, concernant le respect des droits des malades et des usagers du système de santé.
Pour les préjudices inférieurs au seuil de gravité, la commission n'est chargée que de faire le lien entre vous et le professionnel de santé comme un **médiateur** ;
- une mission d'**indemnisation** : faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

Ce nouveau dispositif est facultatif. On peut toujours saisir un juge à la condition d'informer ce dernier et la CCI de cette double saisine.
Il s'agit d'une procédure amiable : la CCI n'est pas un tribunal.
Pour les préjudices dépassant le seuil de gravité, la commission interviendra en formation de règlement amiable des accidents médicaux, c'est-à-dire qu'elle émettra un avis sur les causes, les circonstances et l'étendue du dommage, l'éventuel responsable et la personne chargée de vous indemniser.

Qui peut saisir la CCI ?

Peuvent saisir les CCI :
- toute personne qui s'estime victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins (la victime d'un accident médical) ;
- un proche de la victime principale, si elle estime avoir également subi des préjudices (parent, conjoint, etc…) ;
- les ayants droit de la victime décédée (ses héritiers) ;
- le représentant légal d'une victime (parent d'un mineur).

Comment saisir la CCI ?

Il faut remplir un formulaire type disponible en téléchargement sur le site des CCI et joindre un certain nombre de pièces justificatives, notamment pour établir le lien entre le dommage et l'acte médical.

Quelles sont les conditions pour saisir la CCI ?

Pour être recevable, la demande doit concerner un accident médical postérieur au 4 septembre 2001 et dont les dommages sont supérieurs à un seuil de gravité.
Le seuil de gravité est atteint :
- si la victime reste atteinte d'un taux permanent d'intégrité physique ou psychique (AIPP) fixé à 24 % au moins ;

- ou si elle s'est trouvée en arrêt des activités professionnelles ou a subi un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur à 50 % et pendant une durée au moins égale à six mois.

Et à titre exceptionnel :
- si la victime est définitivement inapte à l'exercice de son activité professionnelle antérieure ;
- ou si la victime a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence, y compris d'ordre économique.

C'est à la victime de prouver qu'elle remplit cette condition de gravité par la production d'un certificat médical attestant des dommages ou de tout document justificatif de nature à appuyer sa demande et à établir le critère de gravité.

À quelle CCI s'adresser ?

La commission compétente est celle dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins à l'origine du dommage.

Comment se déroule la procédure devant une CCI ?

À réception de la demande d'indemnisation de la victime, la CCI vérifie si les seuils de compétence sont atteints. Dans l'affirmative, une expertise contradictoire est diligentée. Le demandeur sera convoqué par l'expert. Lors de cette expertise, il peut être assisté, s'il le souhaite, par une ou plusieurs personnes de son choix. Cette expertise est gratuite (en dehors des frais de déplacement qui restent à sa charge).

Le rapport d'expertise lui sera communiqué avant la réunion de la commission. La victime peut, sur simple demande et à tout moment, être informée de l'état d'avancement de la procédure.

Elle peut également demander à être entendue par cette commission. Dans ce cas, elle peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix (médecin-conseil, représentant d'association, responsable d'établissement, proche, famille, etc….).
Elle peut aussi se faire assister d'un avocat mais ce n'est pas obligatoire et ses honoraires seront à sa charge.
Si la demande est recevable, la commission se prononce sur le fond du dossier (causes, auteur du dommage, nature et étendue du préjudice subi) dans les six mois suivant la date de réception du dossier complet.

Son avis est notifié à toutes les parties (y compris la victime) et est transmis soit à l'assureur (lorsqu'une faute est retenue à l'encontre d'un professionnel de santé), soit à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) en cas d'aléa thérapeutique. Ils ont quatre mois, à compter de la date de réception de l'avis, pour faire une offre d'indemnisation à la victime.

Si l'assureur ne fait pas d'offre, la victime peut demander à l'ONIAM de la faire à sa place. En cas d'absence d'offre de la part de l'ONIAM, vous pourrez saisir le tribunal. Si la victime accepte l'offre d'indemnisation qui lui est faite, cette acceptation vaut transaction : elle met fin au litige (la victime renonce donc à poursuivre l'action devant le juge pour les mêmes préjudices).

Si la victime refuse l'offre de l'assureur comme celle de l'ONIAM, elle peut saisir le tribunal compétent pour demander à être indemnisée.

En savoir plus

Pour obtenir un formulaire de demande d'indemnisation
ou pour obtenir des informations générales sur les CCI,contactez le :
0 810 600 160 (n° Azur tarifé au prix d'une communication locale quel que soit le lieu d'appel)
ou consultez le site : www.commissions-crci.fr

Pour contacter l'ONIAM directement : 01 49 93 89 00
ou consultez le site : www.oniam.fr

Annexe 3

La procédure devant le juge administratif

Les tribunaux administratifs sont seuls compétents pour toutes les demandes d'indemnisation concernant des établissements publics de santé.

1. Avant toute initiative procédurale, il est préférable de solliciter auprès de la direction de l'établissement public de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception, la communication de votre entier dossier médical.

2. L'intervention d'un avocat n'est pas – formellement – obligatoire
Une victime peut engager seule la procédure administrative. C'est évidemment largement déconseillé, tant les arcanes du droit et de la procédure administrative requièrent l'intervention d'un professionnel.

3. Le référé-expertise
Dès réception de l'intégralité des pièces médicales, il convient d'introduire une requête en référé auprès du président du tribunal administratif territorialement compétent, c'est-à-dire le plus souvent dans le ressort du siège de l'établissement de santé pour solliciter la désignation d'un expert spécialisé. La requête doit exposer les motifs qui conduisent à penser que la prise en charge n'a pas été conforme aux règles de l'art. L'expert se prononcera :
- sur les causes et l'origine de l'état de santé actuel du patient ;
- sur l'état antérieur du patient ;
- sur l'existence d'un manquement aux règles professionnelles ;
- sur l'existence de fautes ou de négligences ;
- sur les préjudices subis par le patient ;
- sur le lien causal entre ces manquements constatés et les préjudices déplorés.

Le président rend une ordonnance de référé par laquelle il désigne un expert judiciaire auprès de la cour d'appel, spécialisé dans la pathologie concernée et visée dans la requête, et lui impartit une mission. À ce stade, l'ONIAM peut être mis en cause.
La requête en référé peut être introduite concomitamment avec la requête au fond dans le but de gagner du temps, les délais pouvant être importants devant certains tribunaux administratifs.

Au stade de l'expertise, s'il y a une pluralité d'acteurs dépendants des deux ordres de juridictions, il est possible de mettre en cause un praticien libéral, ou une clinique privée devant le juge administratif afin que le même expert puisse analyser l'entier dossier (l'inverse est aussi vrai).

En revanche si, au terme de l'expertise, le rapport relève des fautes à la charge de l'établissement public, d'une clinique ou d'un praticien exerçant en libéral, la victime devra introduire deux procédures, une devant chaque ordre de juridiction.
Une ordonnance d'allocation provisionnelle peut mettre à la charge du demandeur le paiement d'une provision à valoir sur les frais et honoraires de l'expert. Une fois l'expertise réalisée, une nouvelle ordonnance fixe le montant définitif des frais et honoraires et désigne la partie qui en assume la charge (il s'agit souvent du demandeur). Cette somme sera remboursée à la victime au terme de la procédure au fond, dans l'hypothèse où la responsabilité de l'établissement de santé serait engagée.

4. L'expert diligente ses opérations expertales en adressant une convocation à l'ensemble des parties par lettre recommandée avec accusé de réception, fixant la date de réunion d'expertise. Une lettre simple est envoyée à leurs conseils.
La procédure est, dans les grandes lignes, identique à celle observée devant les tribunaux judiciaires. La réunion est contradictoire, l'expert assurant la police des débats.
Il est possible pour le patient d'être assisté d'un médecin-conseil chargé de la défense de ses intérêts et d'attirer l'attention de l'expert sur les points médicaux se prêtant à la critique et donnant lieu à discussion. L'expert s'attache à répondre aux questions qui lui sont posées dans la mission figurant sur l'ordonnance en prenant position sur les éventuels manquements professionnels commis au vu des pièces du dossier médical, des réponses qui lui sont données par les parties, des constatations qu'il fait… Il évalue chaque poste de préjudice après un examen médical du patient et un recueil de ses doléances.
Quelques semaines après cette réunion, l'expert adresse un rapport définitif dans lequel il prend position sur les éventuelles fautes commises, évalue les préjudices subis par le patient et se prononce sur le lien causal.
C'est l'une des différences majeures avec la procédure civile : le tribunal administratif ne sollicite que de manière exceptionnelle un prérapport.

5. La suite de la procédure se décompose en deux étapes

- Une phase préalable, obligatoire et amiable

Le requérant doit adresser à l'établissement public une demande préalable d'indemnisation motivée et chiffrée (il est toujours préférable de prévoir que l'évaluation sera à parfaire), par lettre recommandée avec accusé de réception, à la direction de l'établissement public de santé.
Si l'établissement propose une indemnisation que le demandeur juge acceptable, une transaction mettant fin au litige est conclue.
Si l'établissement propose une indemnisation que le demandeur estime insuffisante et refuse, ou si l'établissement oppose à la demande une décision explicite de rejet, le demandeur peut saisir le tribunal administratif en vue d'obtenir la condamnation de l'établissement. Si le courrier de l'établissement indique précisément les voies et délais de recours, le tribunal doit être saisi dans un délai de deux mois à compter de la réception du courrier.
Si l'établissement ne répond pas, ou si le courrier qu'il adresse ne mentionne pas les voies et délais de recours, le tribunal peut être saisi sans limite dans le temps, sous la seule réserve des règles de prescription.

- Une phase juridictionnelle

La phase juridictionnelle est amorcée par l'introduction d'un recours en plein contentieux à l'encontre de l'établissement de santé auprès du tribunal administratif territorialement compétent.

Cette requête doit exposer précisément les faits, moyens et préjudices. Le requérant doit indiquer le nom et les coordonnées des organismes qui lui ont servi des prestations en lien avec les préjudices invoqués. La requête doit préciser le fondement sur lequel la responsabilité de l'établissement hospitalier est recherchée. À de rares exceptions près (voir point 8), la responsabilité d'un établissement public hospitalier ne peut être engagée qu'en cas de faute (erreur de diagnostic, geste opératoire fautif, retard de prise en charge, faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service, défaut d'information…). C'est au requérant d'apporter la preuve de la faute qu'il entend invoquer, de la réalité des préjudices et du lien de causalité entre la faute invoquée et les préjudices dont l'indemnisation est demandée. Le requérant peut, à cet égard, s'appuyer sur le rapport d'expertise.

6. Au cours de la procédure pendante devant le tribunal administratif, les parties échangent leurs mémoires faisant valoir leurs arguments et communiquent leurs pièces. Contrairement à ce qui se passe devant un tribunal civil, il n'y a pas, à proprement parler, de mise en état, pas plus que de conférence présidentielle.

À l'issue d'une période de 12 à 18 mois, le tribunal administratif prononce la clôture de l'instruction, à partir de laquelle aucune pièce, ni aucun mémoire ne peuvent plus, en principe, être échangés et fixe une date d'audience.

En l'absence d'ordonnance de clôture, l'instruction est close trois jours francs avant la date de l'audience. Exceptionnellement, et par une décision non susceptible de recours, le tribunal administratif peut rouvrir les débats.

La procédure administrative est une procédure exclusivement écrite. En conséquence, il n'y a pas, à proprement parler, de plaidoirie au cours de l'audience, même si la parole est donnée à chacune des parties. Les avocats qui souhaitent intervenir sont invités à présenter de brèves observations à l'appui de leurs mémoires. Le rapporteur public, magistrat chargé de proposer à la formation de jugement une solution au litige, présente ses conclusions, auxquelles les parties peuvent répliquer.

Les juridictions administratives évaluent les préjudices poste par poste (dépenses de santé, frais liés au handicap, pertes de revenus, incidence professionnelle, troubles dans les conditions d'existence, douleur physique, préjudice esthétique, etc…).

7. Le tribunal administratif statue sur la responsabilité de l'établissement de santé et peut octroyer une indemnisation à la victime. Ne sont indemnisés que les préjudices résultant directement de la faute pour laquelle la responsabilité de l'établissement public de santé a été retenue, à l'exclusion de ceux qui découlent de la pathologie initiale du patient, et qu'il aurait subis même en l'absence de faute.

Un délai de deux mois est offert à l'ensemble des parties pour interjeter appel devant la cour administrative d'appel. À l'expiration de ce délai, le jugement est définitif et son dispositif doit donner lieu à exécution, spontanée ou forcée.

L'arrêt rendu par la cour peut lui-même être déféré devant le Conseil d'État qui intervient, en l'espèce, en qualité de juge de cassation. En cas d'appel contre un jugement condamnant l'établissement à verser une indemnité, cette indemnité est susceptible d'être

remise en cause. Il est alors prudent de consigner la somme reçue jusqu'à ce que la condamnation soit définitive.

8. Certains types d'accidents médicaux, pour lesquels la responsabilité de l'établissement public de santé ne peut être engagée (notamment certains accidents médicaux non fautifs dont les conséquences excèdent un certain seuil de gravité) sont indemnisés par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale. Une action devant le tribunal administratif peut donc aussi être dirigée à ce titre contre l'ONIAM, sans qu'il soit besoin de prouver l'existence d'une faute.

Annexe 4

La procédure devant le juge civil

La compétence des tribunaux civils est circonscrite aux accidents médicaux survenus dans les établissements privés, ou résultant d'actes de praticiens libéraux, et plus largement, de professionnels de santé intervenant dans le secteur privé.
Si vous avez été victime d'un accident médical à l'hôpital public, c'est le tribunal administratif qui est compétent (*cf.* La procédure devant le juge administratif).

1. Saisine de l'avocat

Avant toute chose, il est nécessaire de solliciter auprès de la direction de l'établissement privé de santé ou du médecin concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception, la communication de votre entier dossier médical. Une fois en possession du dossier, il convient de saisir un avocat, de préférence spécialisé en réparation du préjudice corporel, ou en droit médical. Ce dernier peut, avant d'entamer la moindre démarche, vous soumettre une convention d'honoraire destinée à fixer les principes et les modalités régissant les honoraires dus.
Vous pouvez aussi faire appel à votre protection juridique (si vous en avez une) qui vous proposera (elle ne peut vous l'imposer) un avocat « agréé ».
Par ailleurs, il peut être utile de solliciter l'avis d'un médecin de recours avant de s'engager dans une procédure afin de s'assurer que l'on est – réellement – victime d'un accident médical ou d'une infection nosocomiale.

2. Dès réception de l'intégralité des pièces médicales, l'avocat en charge du dossier introduira une assignation en référé expertise auprès du président du tribunal de grande instance territorialement compétent, c'est-à-dire, le plus souvent dans le ressort du siège de l'établissement de santé.
La victime demande au tribunal de désigner un expert, spécialiste de la pathologie concernée, afin qu'il se prononce :
- sur les causes et l'origine de l'état de santé actuel du patient ;
- sur l'état antérieur du patient ;
- sur le manquement aux règles professionnelles ;
- sur l'existence de fautes ou de négligences ;
- sur les préjudices subis par le patient ;
- sur le lien causal entre ces manquements constatés et les préjudices déplorés.

Il convient dès ce stade de mettre en cause l'ensemble des professionnels concernés, ainsi que l'ONIAM et la caisse d'assurance maladie.

Si le président accède à la demande, il rend une ordonnance de référé par laquelle il désigne un expert judiciaire, lui impartit une mission et fixe le montant d'une allocation provisionnelle à valoir sur ses frais et honoraires. Sauf exception rarissime, la provision est mise à la charge du demandeur. Les honoraires sont élevés, dépassant souvent 2 000 €. Cette somme donnera lieu à un remboursement à l'issue de la procédure, dans l'hypothèse où la responsabilité de l'établissement de santé ou du médecin serait engagée.

3. L'expert diligente ses **opérations expertales** en adressant une convocation aux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, fixant la date de la réunion d'expertise. La discussion est contradictoire, l'expert ayant la police des débats. L'expert répond aux questions qui lui sont posées dans la mission et évalue chaque poste de préjudice après l'examen médical du patient et le recueil de ses doléances.

4. Entre quatre et six semaines après cette réunion, l'expert adresse un **prérapport** permettant aux parties de faire valoir leurs observations sous forme de dires auxquels l'expert est contraint de répondre de façon motivée et qui doit être annexé au rapport définitif. Puis dans les quatre à six semaines qui suivent ce prérapport, un rapport définitif est adressé/remis dans lequel l'expert prend position sur les éventuelles fautes commises, évalue les préjudices subis par le patient et établit le lien causal.
Le rapport d'expertise doit permettre au juge de trancher le litige : l'expert doit donc éclairer le tribunal sur les éventuelles responsabilités encourues, sur la survenance d'un aléa thérapeutique, ou encore sur l'absence d'accident médical.

5. Après le dépôt du rapport, et s'il y a matière à engager une procédure, l'avocat de la victime régularise une **assignation** devant le tribunal de grande instance, saisi au principal (par opposition au juge des référés, juge de l'évidence ou de l'urgence) à l'encontre de l'établissement de santé, du ou des médecins dont la faute aura été mise en évidence par l'expertise, ou de l'ONIAM en cas d'absence de faute (si les critères de gravité sont réunis).
L'assignation, qui est l'acte introductif d'instance, qualifie les fautes commises et évalue, poste par poste, l'ensemble des préjudices subis par la victime.
À l'issue d'une période de 12 à 18 mois, une fois que toutes les parties attraites à la cause ont pu échanger pièces et conclusions, que les incidents de procédure ont été purgés devant le juge de la mise en état, le président du tribunal prononce la clôture de la procédure, date à partir de laquelle aucune pièce, ni aucune conclusion ne peuvent plus être échangées.
Une date pour l'audience de plaidoiries est alors fixée.

6. Lors de l'**audience de plaidoiries**, la présence de la victime n'est pas nécessaire, son conseil étant chargé de la représenter. Devant les magistrats, les conseils des parties exposent oralement leurs arguments, en insistant sur les points litigieux. Le tribunal ne se prononce pas sur le siège mais renvoie à une date ultérieure, généralement deux ou trois mois, pour rendre leur jugement.

7. Par un **jugement contradictoire**, le tribunal de grande instance statue sur la responsabilité de l'établissement de santé et/ou du médecin, ou en l'absence de faute,

décide qu'il appartient à l'ONIAM de supporter la charge de l'indemnisation. La décision fixe les montants alloués à la victime. Le juge doit vider le litige, mais en revanche, ne peut se prononcer sur ce qui ne lui pas été demandé.
Si la victime a « oublié » un poste, le tribunal ne pourra pas se saisir d'office de la question. En revanche, le tribunal peut ordonner un complément d'expertise, voire une nouvelle expertise, s'il estime que le premier rapport ne permet pas de trancher le litige. À compter de la signification « à partie » de ce jugement, s'ouvre le délai d'appel d'un mois.
Par principe, l'exécution d'un jugement frappé d'appel est suspendue, sauf si la décision est revêtue de « l'exécution provisoire ».
Dans cette hypothèse, le jugement doit être exécuté, nonobstant un appel éventuel. Attention, si le jugement est réformé par la cour, la victime devra rembourser les fonds perçus (ou une partie de ceux-ci, si la cour réduit les indemnisations). Il est donc conseillé de placer les sommes reçues, à titre encore provisoire, sur un compte bloqué.
À l'expiration du délai d'appel, le jugement est définitif et son dispositif doit donner lieu à exécution, spontanée ou forcée.

8. En cas d'appel, l'ensemble du litige est rejugé une seconde fois, la procédure devant la cour étant semblable à celle devant la juridiction de première instance. La cour dispose des mêmes pouvoirs que le tribunal, en particulier en matière d'expertise. Il faut attendre environ deux ans un arrêt qui deviendra définitif en l'absence de pourvoi en cassation.

9. En effet, il demeure possible de soumettre l'arrêt à la censure de la Cour de cassation. Le pourvoi n'est pas suspensif. Bien au contraire, l'arrêt doit avoir été exécuté pour permettre à la Cour d'étudier le dossier.
Cette procédure, exceptionnelle et onéreuse, ne porte que sur l'application de la règle de droit. La Cour de cassation n'a pas le pouvoir de revenir sur l'appréciation des faits effectuée par la cour d'appel.
Par exemple, si la cour a décidé qu'une infection ne devait pas être qualifiée de « nosocomiale » car non contractée à l'hôpital, la Cour de cassation ne pourra affirmer le contraire.
En revanche, si la cour retient le caractère nosocomial, mais refuse l'indemnisation du patient au motif que l'infection serait « endogène », il s'agit là d'une erreur de droit, qui sera sanctionnée par la Cour suprême.
Une procédure en cassation dure environ deux ans. Si le pourvoi est rejeté, l'arrêt devient définitif.
Plus aucun recours n'est alors possible : la décision possède « l'autorité de la chose jugée ».
Si le pourvoi est admis, l'affaire est renvoyée devant une nouvelle cour d'appel pour être rejugée.
Dans ce cas, la durée de la procédure sera prolongée de deux ans, voire de quatre si, fait exceptionnel, ce second arrêt est soumis à son tour à la Cour de cassation.

Annexe 5

La procédure devant le juge pénal

L'indemnisation du préjudice subi à la suite d'accidents médicaux est obtenue, le plus souvent, au regard du droit de la responsabilité civile et non du droit pénal. En effet, les situations dans lesquelles la responsabilité pénale d'un praticien – voire d'un établissement de soin, en tant que personne morale – peut être établie demeurent rares.

La jurisprudence est particulièrement exigeante sur la qualification de la faute reprochée au praticien. La simple erreur de diagnostic, les manquements qui ne démontrent pas de négligence ou d'imprudence caractérisée ne permettent pas aux juridictions répressives d'entrer en voie de condamnation. De même, en matière chirurgicale, la lésion d'un organe n'implique pas nécessairement l'existence d'une faute, et *a fortiori*, d'une faute pénale.

Plusieurs articles du Code pénal concernent directement ou indirectement l'exercice médical, notamment les articles relatifs aux délits de :
- violation du secret professionnel par le médecin ;
- pratique illégale de la médecine ;
- non-assistance à personne en danger ;
- homicide involontaire ;
- violence involontaire ;
- tromperie ;
- violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement ;
- faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qui ne pouvait être ignorée.

Ces infractions sont des délits qui se prescrivent par trois ans. Ce délai court, en principe, à compter de la commission de l'infraction.

En matière de santé publique, dans l'hypothèse de blessures involontaires, le point de départ du délai peut être le jour où il est constaté que l'incapacité totale de travail a duré plus de trois mois.

De même, dans le cas d'un homicide involontaire, le délai de prescription court du jour du décès et non du jour de l'intervention fatale. Cependant une jurisprudence récente permet de repousser le point de départ du délai de prescription à la découverte de celle-ci, dans l'hypothèse de la dissimulation ou de l'ignorance de l'origine iatrogène des complications subies par le patient.

Comme pour n'importe quelle infraction, le parquet peut se saisir d'une affaire, ouvrir une enquête préliminaire dans laquelle les mis en cause peuvent être placés en garde à vue, et, le cas échéant, déférer ces personnes devant un juge d'instruction qui décidera de leur éventuelle mise en examen.

Cependant, et en général, le premier acte de la procédure pénale sera une plainte, simple ou avec constitution de partie civile. La plainte simple est adressée au procureur de la République, par courrier ou via un enregistrement dans un commissariat (qui la transmet au parquet). Dans cette hypothèse, le procureur conserve son entière liberté d'appréciation à l'égard des faits qui lui sont soumis. Il peut les classer sans suite, s'il estime qu'il n'y a pas lieu à poursuite. Il peut ordonner une enquête préliminaire, à l'issue de laquelle il décidera – sans recours – de poursuivre ou de classer ; il peut enfin adresser directement le dossier à un juge d'instruction afin qu'une information soit ouverte.
Dans cette dernière hypothèse, il appartiendra à la victime de se constituer partie civile (elle peut le faire jusqu'au jour de l'audience), afin d'avoir accès au dossier. À défaut, le patient ne sera que le témoin (au sens juridique du terme) de son propre dossier.

Si un classement sans suite est intervenu ou si un délai de trois mois s'est écoulé depuis que la victime a saisi le procureur de la République d'une plainte en bonne et due forme, le patient peut déposer une plainte avec constitution de partie civile afin que son dossier fasse l'objet d'une instruction. C'est un document dans lequel la victime déclare expressément qu'elle se constitue partie civile, mentionne les faits reprochés et caractérise le préjudice allégué. Il est en outre possible de réclamer des dommages et intérêts.
Une consignation financière peut être demandée. Celle-ci est fixée en fonction des ressources de la personne qui porte plainte. Elle vise à éviter les constitutions de partie civile abusives ou dilatoires.

Cette plainte peut être dirigée à l'encontre :
- d'une personne physique (médecin, infirmier…) ;
- d'une personne morale (clinique ou hôpital) depuis 1994 et l'instauration du nouveau Code pénal.

Mais le plus souvent, dans l'ignorance des responsabilités encourues, la plainte est effectuée « contre X ».

Attention

La victime ne peut plus se constituer partie civile si elle a déjà engagé une procédure devant le tribunal civil compétent (cette règle ne s'applique pas en cas de saisine des CCI, la procédure étant amiable…).
L'inverse, en revanche, demeure toujours possible : à tout moment de la procédure, la partie civile peut se désister de sa plainte et engager une procédure civile. Cependant, le désistement de la partie civile ne met pas fin aux poursuites, et tant que le juge répressif ne se sera pas prononcé, le juge civil devra surseoir à statuer.

Par ailleurs, en cas de non-lieu et si la mauvaise foi du plaignant est avérée, il peut, à son tour, faire l'objet de poursuites pour dénonciation calomnieuse.

Si cette plainte avec constitution de partie civile est recevable, elle est transmise par le doyen à un juge d'instruction.
Une fois l'information judiciaire ouverte, le juge d'instruction peut se faire communiquer tous les éléments qu'il estime nécessaires à l'établissement de la vérité. Il peut entendre toute personne et diligenter toute enquête qu'il estime utile. Cette instruction est secrète, non contradictoire et écrite. Elle peut donner lieu à plusieurs expertises.
La partie civile a accès au dossier et peut déposer des demandes d'actes.

Au terme des investigations menées par le juge, l'instruction peut se clore par un non-lieu ou un renvoi devant le tribunal correctionnel. Si le juge estime que les faits ne sont pas constitutifs de crimes ou de délits (absence de faute, prescription acquise…), il prononcera une ordonnance de non-lieu. Dans cette hypothèse, la partie civile peut encore introduire une action devant la juridiction civile compétente.
Si le juge d'instruction estime que les éléments constitutifs de l'infraction sont réunis et, après avoir sollicité les réquisitions du parquet, il renvoie l'affaire devant le tribunal correctionnel. Chaque décision du juge d'instruction prend la forme d'une ordonnance qui peut elle-même faire l'objet d'un appel devant la chambre de l'instruction, voire d'un pourvoi en cassation. L'affaire peut être audiencée devant le tribunal correctionnel six à 12 mois après l'ordonnance de renvoi. Le tribunal entend tout d'abord les parties civiles, puis la parole est donnée au représentant du ministère public. La défense parle en dernier.

Le jugement peut être rendu sur le siège le jour de l'audience ou mis en délibéré à plusieurs semaines. Il se prononce sur la culpabilité du prévenu, et, si elle est retenue, la sanction pénale et les intérêts civils (la fixation de ceux-ci peut être renvoyée à une audience ultérieure, notamment en cas de préjudices très importants, où si une nouvelle expertise, après consolidation s'avère nécessaire).
En ce qui concerne les sanctions pénales, il peut s'agir de condamnations à emprisonnement (ferme ou avec sursis) et/ou à une amende. En matière médicale, et sauf situation exceptionnelle (sang contaminé par exemple), le sursis demeure la règle.
La sanction est parfois assortie d'une peine complémentaire d'interdiction d'exercer pour plusieurs années, notamment si le prévenu a été l'auteur d'autres accidents dans le passé.

L'appel des jugements du tribunal correctionnel est porté devant la cour d'appel dans un délai de 10 jours à compter du jugement contradictoire. La procédure est la même que devant le tribunal correctionnel. De même, l'arrêt de la cour peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation, formé dans les cinq jours de son prononcé.
Le cas échéant, l'arrêt de la Cour de cassation clôt la procédure pénale.

Annexe 6

Adresses des agences régionales de santé

Site Internet : www.ars.sante.fr

Alsace
Cité administrative Gaujot
14 rue du Maréchal Juin
67084 STRASBOURG CEDEX
03 88 88 93 93

Aquitaine
Espace Rodesse
103 bis rue Belleville
CS 91 704
33063 BORDEAUX
05 57 01 44 00

Auvergne
60 avenue de l'Union Soviétique
63057 CLERMONT FERRAND
Cedex 1
04 73 74 49 00

Basse-Normandie
Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille
CS 55035
14050 CAEN CEDEX 4
02 31 70 96 96

Bourgogne
2 place des Savoirs
CS 73535
21035 DIJON
0 820 208 520

Bretagne
6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES CEDEX
02 90 08 00 00

Centre
Cité administrative Coligny
131 rue du Faubourg Bannier
BP 74409
45044 ORLEANS CEDEX 1
02 38 77 32 32

Champagne-Ardenne
2 rue Dom Pérignon
Complexe tertiare du Mont Bernard
CS 40513
51007 CHALONS EN CHAMPAGNE
03 26 64 42 00

Corse
Quartier St Joseph
Immeuble Castellani
CS 13003
20700 AJACCIO Cedex
04 95 51 98 98

Franche-Comté
La City
3 avenue Louise Michel
25044 BESANCON CEDEX
03 81 47 82 30

Guadeloupe
Rue des archives Bisdary
97113 GOURBEYRE
05 90 99 49 00

Guyane
66 avenue des Flamboyants
BP 696 97336
CAYENNE CEDEX
05 94 25 49 89

Haute-Normandie
Immeuble "Le Mail"
31 rue Malouet
BP 2061
76040 ROUEN CEDEX
02 32 18 32 18

Île-de-France
35 rue de la Gare
75935 PARIS CEDEX 19
01 44 02 00 00

Languedoc-Roussillon
28 - Parc Club du Millénaire
1025 rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
04 67 07 20 07

Limousin
24, rue Donzelot
CS 13108
87031 LIMOGES CEDEX 1
05 55 45 83 00

Lorraine
Immeuble "Les Thiers"
4 rue Piroux
CS 80071
54036 NANCY CEDEX
03 83 39 79 79

Martinique
Centre d'affaires "Agora "
ZAC de l'Etang Z'Abricot
Pointe des grives
BP 656
97263 FORT DE France CEDEX
05 96 39 42 43

Midi-Pyrénées
10 chemin du raisin
31050 TOULOUSE Cedex 9
08 20 20 55 48

Nord Pas-de-Calais
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE CEDEX
03 62 72 77 00

Pays de la Loire
17 boulevard Gaston Doumergue
CS 56 233
44262 NANTES Cedex 02
02 40 10 40 00

Picardie
52 rue Daire
80037 AMIENS CEDEX 1
03 22 97 09 70

Poitou-Charentes
4 rue Micheline Ostermeyer
BP 20570
86021 POITIERS CEDEX
05 49 42 30 00

Provence Alpes Côte d'Azur
132 boulevard de Paris
CS 50039
13331 MARSEILLE CEDEX 3
04 13 55 80 10

Océan Indien
2 bis rue George Brassens
CS 60050
97408 SAINT DENIS CEDEX 9
02 62 97 90 00

Rhône-Alpes
Tour Part Dieu
129 rue Servient
69418 LYON CEDEX 03
04 72 34 74 00

Annexe 7

Sigles et adresses Internet

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AME	Aide médicale de l'État
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux www.anesm.sante.gouv.fr
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament www.ansm.sante.fr
ARS	Agences régionales de santé www.ars.sante.fr
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs www.cada.fr
CCI	Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux www.oniam.fr/crci/presentation/
CDOM	Conseil départemental de l'ordre des médecins
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CISS	Collectif interassociatif sur la santé www.leciss.org
CMU	Couverture maladie universelle www.cmu.fr
CNAMED	Commission nationale des accidents médicaux www.oniam.fr/autres-acteurs/
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés www.cnil.fr
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins www.conseil-national.medecin.fr
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DMP	Dossier médical personnel
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes www.ehpad.fr
EMSP	Équipes mobiles de soins palliatifs
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé www.has-sante.fr
JLD	Juge des libertés et de la détention
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées www.mdph.fr
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux www.oniam.fr
SCD	Structure douleur chronique
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
US	Unités de soins palliatifs

Remerciements aux contributeurs de ce guide

Le Défenseur des droits

La Direction générale de l'offre de soins

La Direction générale de la santé

La Direction de la Sécurité sociale

La Délégation aux affaires juridiques

La Délégation à l'information et à la communication

Le Conseil national de l'ordre des médecins

La Commission nationale d'agrément

© Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014
© Défenseur des droits, 2014
© Aymeric Chastenet pour les illustrations

ISBN : 978-2-11-138302-9