

J. 144/06-2010

LE MÉDECIN ET LES DROITS DU PATIENT

Peut-on choisir son médecin? Comment sont fixés les honoraires? Peut-on avoir accès à son dossier médical et comment? Comment régler un litige avec son médecin? Face à une médecine de plus en plus complexe, le patient a des droits – et notamment ceux d'être informé et de participer aux décisions concernant sa santé.

Deux textes font référence en la matière. D'une part, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre ces droits et rénove ainsi la relation du patient à son médecin. D'autre part, la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui précise la mise en œuvre du droit de refuser des soins.

Les textes des lois, ainsi que les articles des codes cités ici, sont en ligne sur <www.legifrance.gouv.fr>.

EST-ON LIBRE DE CHOISIR SON MÉDECIN ?

Selon le principe énoncé par le code de la santé publique (CSP), le patient choisit librement son médecin – même si, en pratique, ce choix est le plus souvent conditionné par l'emplacement géographique d'un cabinet, par des habitudes familiales, par la renommée ou le montant des honoraires du praticien.

Réforme de l'Assurance maladie : la désignation du médecin traitant

Depuis le 1^{er} juillet 2005, date d'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie¹, chaque assuré social est invité à indiquer à sa caisse d'assurance maladie le médecin traitant de son choix (article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale). Ce médecin peut être un généraliste ou un spécialiste.

Toutefois, le médecin est libre d'accepter ou de refuser de devenir le médecin traitant d'un patient. S'il refuse, il doit alors indiquer à ce dernier les références d'un autre médecin.

La loi du 13 août 2004 ne remet pas directement en cause le libre choix du médecin mais, en pratique, le patient voit sa liberté limitée :

- en cas de non-déclaration ou de non-consultation du médecin désigné, l'assuré est pénalisé financièrement. En effet, le non-respect du « parcours de soin » entraîne une baisse du niveau de prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie;
- en cas de changement de médecin traitant, l'assuré social doit remplir un nouveau formulaire² et le délai de traitement est d'environ quinze jours, selon l'Assurance maladie.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, JO du 17 août 2004.

² Formulaire disponible auprès de votre caisse primaire d'assurance maladie ou téléchargeable sur le site web <www.ameli.fr>.

LES HONORAIRES

La fixation des honoraires

Le code de déontologie médicale précise que les honoraires doivent être fixés « avec tact et mesure » (article R. 4127-53 du CSP). Cette formule est difficile à cerner. Ainsi doivent être pris en considération la notoriété du médecin, la complexité de l'acte effectué, le service rendu et les capacités financières du patient. L'existence de l'Assurance maladie modifie ce schéma. En effet, la quasi-totalité des médecins ont adhéré aux conventions médicales résultant de négociations entre les syndicats de médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Elles encadrent la fixation des honoraires.

Les praticiens sont classés en trois secteurs. Seuls ceux qui ont adhéré à une convention médicale sont appelés « médecins conventionnés ».

- **Si le médecin exerce en secteur 1**, il ne peut pas dépasser les tarifs conventionnels³ sauf à titre exceptionnel, c'est-à-dire en cas d'exigence particulière de la part du patient (par exemple, si le malade lui demande de venir à domicile alors qu'il a la possibilité de se rendre au cabinet du médecin).

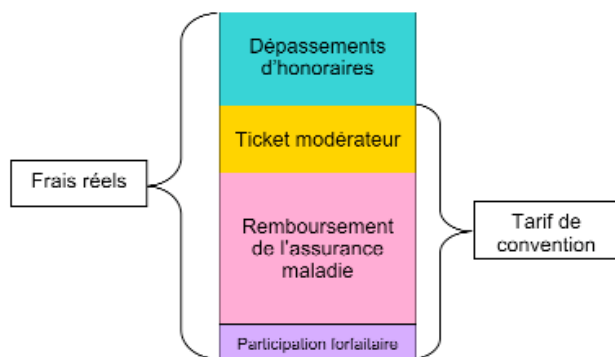
- **Si le médecin exerce en secteur 2**, dit « à honoraires libres », il peut dépasser les tarifs conventionnels et fixer librement ses tarifs.

- Le médecin qui n'a pas adhéré aux conventions médicales est dit « non conventionné » ou « en secteur 3 ». Sachez que très peu de professionnels refusent d'être conventionnés, il est donc relativement rare d'en rencontrer. Le professionnel non conventionné doit également fixer ses honoraires « avec tact et mesure », mais ceux-ci ne sont pratiquement pas remboursés par l'Assurance maladie.

Dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie, une série de mesures ont été adoptées pour « responsabiliser » les assurés. Cela se traduit notamment par une participation forfaitaire demandée à l'assuré, de 1 € par acte, plafonnée à 50 € par année civile.

L'Assurance maladie rembourse en principe 70 % des tarifs conventionnels, dès lors que le médecin adhère à une convention médicale (secteur 1 ou 2) et que le patient respecte le parcours de soin. Le ticket modérateur ainsi que d'éventuels dépassements et participations forfaitaires (voir schéma ci-dessous) restent à la charge du patient.

Si le patient dispose d'une assurance complémentaire de santé (une « mutuelle »), celle-ci rembourse en général la totalité du ticket modérateur et, selon les contrats, d'éventuels dépassements d'honoraires. Mais elle ne peut pas prendre en charge la participation forfaitaire, sous peine de pénalités financières.



La publicité des informations et des prix

C'est au moment de la prise de rendez-vous qu'il convient de se renseigner sur les honoraires pratiqués ainsi que sur le conventionnement de votre médecin (secteur 1, secteur 2 ou non conventionné). Vous pouvez aussi consulter l'annuaire des professionnels de santé publié sur le site web de l'Assurance maladie à l'adresse < ameli-direct.ameli.fr >.

Cette information se fait également par le biais d'un affichage au sein du cabinet médical, le praticien devant indiquer le montant de ses honoraires et les dépassements éventuellement pratiqués (articles R. 1111-21 et suivants du CSP). Les plaques professionnelles placées à l'extérieur du cabinet doivent indiquer le secteur de conventionnement, mais cette obligation ne s'impose que lors de la pose ou de la modification de cette plaque (nouvelle installation, déménagement⁴).

De plus, les professionnels de santé doivent, avant l'exécution d'un acte médical, informer le patient du coût de cet acte et des conditions de son remboursement par les régimes d'Assurance maladie (article L. 1111-3 du CSP).

Cette information devra être préalablement communiquée par écrit :

- « dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et des prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 €⁵ » ;
- pour tout acte réalisé lors d'une consultation ultérieure ;
- lorsque l'acte ou la procédure comprend la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1 du CSP. Cela vise en premier lieu les prothèses.

En matière esthétique, s'agissant des opérations de chirurgie esthétique, aucune intervention ne peut être réalisée sans remise préalable d'un devis (article L. 6322-2 du CSP). Pour les autres prestations à visée esthétique, un devis doit être remis pour toute prestation d'un montant supérieur à 300 euros, comportant une anesthésie générale ou sur demande du patient.

Le contenu du devis est précisé par l'arrêté du 17 octobre 1996 relatif à la publicité des prix des actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique. Il doit mentionner le coût global toutes taxes comprises, l'existence ou non d'une assurance de responsabilité civile professionnelle du praticien, la durée de validité de l'offre, le nombre de jours d'arrêt de travail à prévoir...

Comment contester les honoraires exigés

Si le médecin détermine librement ses honoraires et que ceux-ci paraissent fixés sans tact ni mesure, le patient peut lui demander le remboursement de la partie des honoraires qu'il n'estime pas due. En cas d'échec, il peut saisir le conseil de l'ordre du département dans lequel se situe le cabinet du médecin. Le remboursement des honoraires indus pourra intervenir au cours d'une phase amiable de conciliation, qui précède toujours la saisine éventuelle de la chambre disciplinaire (voir aussi « le règlement amiable des litiges » en pages 7 et 8). Cette instance disciplinaire n'est pas compétente pour ordonner un remboursement des honoraires, mais elle prononcera éventuellement une sanction disciplinaire.

³ Vous pouvez retrouver les tarifs conventionnels et les montants remboursés par l'Assurance maladie sur <www.ameli.fr> ou en appelant le 36 46.

⁴ Arrêté du 11 juin 1996.

⁵ Arrêté du 2 octobre 2008, JO du 11 octobre 2008.

Un médecin peut-il réclamer des honoraires lorsque le patient a annulé son rendez-vous sans prévenir ?

Le code de déontologie médicale prévoit que les honoraires ne peuvent être réclamés qu'«à l'occasion d'actes réellement effectués⁷». Le médecin ne peut donc pas réclamer d'honoraires à un patient pour une consultation à laquelle ce dernier ne s'est pas rendu; il ne peut pas non plus réclamer un «supplément d'honoraires de carence» sur la consultation suivante. Dans le cas contraire, il commettrait un manquement à la déontologie, susceptible de sanction disciplinaire, et le patient pourrait saisir le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Cependant, **il est très souhaitable, pour des raisons de courtoisie envers le médecin et ses autres patients, de prévenir dès que possible de l'annulation d'un rendez-vous.**

LE DROIT D'ÊTRE INFORMÉ

Préalablement à l'acte médical

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (article L. 1111-2 du CSP), et le médecin doit à son patient une «*information loyale, claire et appropriée*» (article R. 4127-35 du CSP). Pour satisfaire à cette obligation, le médecin doit formuler simplement ses explications. Il doit veiller à leur compréhension par le patient, le cas échéant par son entourage, et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Cette information doit porter sur l'état de santé du patient (les affections dont il est atteint, les blessures, leur évolution prévisible, etc.) et doit être fournie à l'occasion d'un entretien individuel. Le médecin est tenu d'exposer au patient les investigations, traitements ou actions de prévention qu'il propose, expliquer leur réalisation technique mais aussi leur opportunité (utilité et urgence) et leurs conséquences, c'est-à-dire les «*risques fréquents ou graves normalement prévisibles*».

Cette expression est ambiguë. À la lumière des débats parlementaires, on comprend que l'information doit porter sur tous les risques fréquents et sur tous les risques graves et exceptionnels. Le médecin n'a donc pas à informer son patient des risques exceptionnels bénins, ni des risques qu'il est scientifiquement impossible de prévoir ou dont le médecin n'a pas connaissance. La cour d'appel de Paris a considéré, dans un arrêt de 2003⁸, que le défaut d'information sur un risque de perforation (d'une chance sur 100 000) n'avait pas été déterminant pour la prise de décision de la patiente. Le défaut d'information sur l'existence d'un risque faible n'a pu avoir aucune incidence sur sa décision de se faire opérer, et ne peut donc pas donner lieu à indemnisation sur le fondement de la perte de chance.

Le médecin doit enfin exposer les autres solutions possibles, et les conséquences prévisibles d'un refus de ces actes. Il s'agit de permettre au patient de prendre une décision quant à l'acte proposé, en toute connaissance de cause, et d'apprécier le rapport bénéfice/risque de chaque acte médical. À cet égard, on peut considérer que le devoir du médecin envers son patient va au-delà du simple devoir d'information : il doit également le conseiller dans la mesure où il sera plus à même de déterminer l'opportunité de telle ou telle solution.

En matière de chirurgie esthétique, le médecin doit au patient une information encore plus étendue : il doit expliquer les conditions de l'intervention, exposer les éventuelles conséquences et complications ainsi que tous les risques – exceptionnels comme fréquents, graves comme bénins (article L. 6322-2 du CSP). Cette disposition très contraignante s'explique par la nature de l'acte. En effet, ce dernier n'étant pas envisagé dans un but thé-

rapeutique, le patient doit connaître toutes les conséquences possibles afin de prendre sa décision de manière éclairée.

Dans les cas d'urgence ou d'impossibilité d'informer le patient (coma...), le professionnel de santé est dispensé de son obligation d'information préalable. Mais en l'absence d'urgence, aucun acte médical ne peut être décidé sans consulter le patient ou, en cas d'impossibilité d'informer ce dernier, sa personne de confiance (voir l'encadré en page suivante) ou un membre de sa famille (article L. 1111-4 du CSP).

En cas de litige, il reviendra au médecin d'apporter la preuve par tous moyens de l'exécution de cette obligation d'information.

Si le patient le désire, il lui est possible de rester dans l'ignorance des résultats d'un diagnostic ou d'un pronostic. Cependant, si des tiers sont exposés à un risque de transmission, la loi impose au médecin d'informer le patient pour attirer son attention sur ce risque. Il doit également, dans certains cas, communiquer cette information à l'autorité sanitaire (article L. 3113-1 du CSP).

Le médecin peut-il décider, dans l'intérêt du malade, de le laisser dans l'ignorance du diagnostic ?

Pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, il peut être amené à considérer qu'il est préférable de laisser son patient dans l'ignorance d'un pronostic ou d'un diagnostic graves. La loi du 4 mars 2002 semble admettre cette faculté en renvoyant au «*respect des règles professionnelles*⁹», donc au code de déontologie médicale. Celui-ci permet de conserver le secret sur un pronostic ou un diagnostic graves, sauf en cas de risque de contamination (article R. 4127-35 du CSP). Cependant, l'interprétation de ce texte est discutée, la philosophie globale de la loi étant de permettre au patient de participer aux décisions médicales.

Postérieurement à l'acte médical

Si, après l'exécution d'un acte médical, des «*risques nouveaux*» sont découverts (par exemple un effet indésirable, jusqu'alors inconnu, d'un médicament), le médecin doit en informer le patient (article L. 1111-2 du CSP), sauf en cas d'impossibilité de retrouver ce dernier.

La preuve de l'information

Alors que la jurisprudence a longtemps hésité, il n'y a maintenant plus aucun doute possible sur la personne supportant la charge de la preuve en cette matière. En effet, l'article L. 1111-2 alinéa 7 du CSP dispose qu'«*en cas de litige, il appartient au professionnel*

⁷ Article R. 4127-53 du code de la santé publique.

⁸ CA Paris 1^{re} ch. B, 20 novembre 2003, *RCA* mars 2004, p. 22, n° 76, note Radé.

⁹ Article L. 1111-2 du code de la santé publique.

ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé». Cette preuve peut être apportée par tous moyens, et notamment par présomption.

On pourrait légitimement penser que cette disposition devrait conduire à la généralisation d'une information écrite, mais une telle solution n'est ni satisfaisante, ni légalement suffisante. En effet, l'information doit rester accessible au patient : ce dernier

ne doit pas être perdu dans un document dont il ne comprend ni tous les termes, ni la portée.

De plus, il est prévu que «cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel» (article L. 1111-2 alinéa 3 du CSP). Ainsi, l'écrit ne peut être qu'un support de l'information donnée au cours de l'entretien.

PARTICIPER AUX DÉCISIONS MÉDICALES

Principe général

L'intégrité et le respect du corps humain sont garantis par le code civil (articles 16-1 et 16-3). Pour garantir ce principe, le consentement du patient doit être recueilli avant tout acte médical ou tout traitement.

De plus, le code de la santé publique (article L. 1111-4 alinéa 1) souligne l'importance de l'information, en prévoyant notamment que les informations données au patient lui permettent de participer aux «décisions concernant sa santé». Enfin, le patient peut revenir sur son consentement à tout moment.

Dans l'hypothèse où le patient ne peut exprimer sa volonté, la décision revient au médecin, mais seulement en cas d'«urgence ou impossibilité». Hors de ces hypothèses, le médecin doit contacter la personne de confiance que le patient a pu désigner (voir l'encadré ci-contre) ou, à défaut, la famille ou un proche.

La décision du patient doit être respectée, même si elle est contraire à ses intérêts médicaux.

Cas du patient en fin de vie

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a instauré une procédure de mise en œuvre du **droit des malades de refuser des soins**.

En règle générale, la loi prévoit que le malade peut interrompre ou refuser tout traitement (article L. 1111-4 du CSP). En rédigeant des directives anticipées (voir l'encadré page suivante), il a également la possibilité de refuser un maintien en vie artificielle tout en bénéficiant de soins palliatifs de fin de vie. Mais cette possibilité est subordonnée au respect d'une procédure spécifique, le médecin devant consulter un confrère et obtenir postérieurement la confirmation de la volonté du patient.

La procédure est différente selon que le patient est conscient ou non.

- **Conscient** : le médecin doit l'informer des conséquences de ses choix, mais doit les respecter.

- **Inconscient** : toute décision d'investigation, ou d'interruption de traitement, doit être prise par le médecin après consultation des directives anticipées (ou, à défaut, de l'avis de la personne de confiance). Il faut préciser que la décision d'arrêt de certains traitements ne doit être prise que si le traitement est déraisonnable, disproportionné ou s'il a pour seul objet la prolongation artificielle de la vie. La décision doit être collégiale, et prise après consultation de la personne de confiance, de la famille et des éventuelles directives anticipées (article R. 4127-37 du CSP). Dans ce cadre, le médecin est autorisé par la loi à arrêter le traitement d'un patient inconscient en fin de vie.

- **Dans l'un ou l'autre cas**, la loi prévoit que le médecin doit «tout mettre en œuvre pour convaincre [le patient] d'accepter les soins indispensables à sa survie» (article L. 1111-4 alinéa 2 du CSP). Or, la loi du 22 avril 2005 laisse une marge de manœuvre aux médecins. En effet, les actes pouvant être suspendus, ou non entrepris, sont laissés à l'appréciation du médecin. Il conserve donc son droit d'occulter la volonté du patient lorsque la vie

de ce dernier est en danger. La limite étant l'«*obstination déraisonnable*». Une définition en a été donnée : l'obstination est déraisonnable lorsque les actes de prévention, d'investigation, de soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autres effets que le maintien artificiel de la vie. La loi affirme l'obligation pour le médecin de sauvegarder la dignité du mourant (articles L. 1110-10, L. 1111-4, L. 1111-9 et L. 1111-13 du CSP). La voie choisie par le législateur est celle des soins palliatifs : l'objectif est de rendre plus digne, plus humaine, la fin de la vie.

La personne de confiance

Chaque patient majeur peut désigner une «*personne de confiance*» à qui il va demander assistance et confier une sorte de procuration en matière de soin (article L. 1111-6 du CSP). Le secret médical est levé vis-à-vis de cette personne. Toutefois, il est important de souligner que la personne de confiance n'a pas d'accès direct au dossier médical du malade (articles L. 1111-7 et R. 1111-1 du CSP). Elle est tenue à une *obligation de discrétion* concernant les informations relatives à la santé du patient, à moins qu'elle ne soit un médecin (elle est alors soumise au *secret professionnel*).

Cette personne peut, si le malade le souhaite, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses démarches et sa prise de décision. Elle peut aussi être amenée à faire entendre la décision du malade. Elle sera en effet consultée dans l'hypothèse où celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté et a laissé, par le biais de directives anticipées, des souhaits concernant les décisions à prendre (article L. 1111-4 du CSP). La décision sera alors prise en concertation entre le médecin et la personne de confiance, mais elle revient en dernier ressort au médecin. Par ailleurs, celui-ci peut informer la personne de confiance en cas de diagnostic grave pour qu'elle apporte son soutien au patient.

La personne de confiance est désignée par écrit et peut être révoquée à tout moment. Ce peut être, par exemple, un parent du patient, un proche, son médecin traitant...

Le majeur sous tutelle ne peut pas désigner de personne de confiance. Lorsqu'une personne de confiance a été désignée avant qu'une mesure de tutelle soit prononcée, le juge des tutelles se prononcera sur cette désignation : il décidera alors de révoquer la personne de confiance ou de confirmer cette désignation (article L. 1111-6 du CSP).

Le patient indiquera le nom de la personne désignée à son médecin, qui le notera dans le dossier médical.

La désignation d'une personne de confiance présente une grande utilité pour les majeurs protégés sous curatelle ou sauvegarde de justice, dont la situation face aux soins n'est pas prise en compte par la loi. Ce mécanisme permet aussi de prendre en charge les personnes bénéficiant de leur pleine capacité juridique et pourtant incapables à prendre une décision relative à leur santé (personnes âgées ou fragiles, par exemple).

Cas de l'enfant mineur et du majeur sous tutelle

Le médecin doit recueillir le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (article L. 1111-4 du CSP). Dans le cas contraire, le médecin doit recueillir l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur. C'est donc, selon le cas, soit au mineur ou au majeur sous tutelle, soit au titulaire de l'autorité

parentale ou au tuteur que le médecin doit fournir les informations sur l'état de santé de son patient (article L. 1111-2).

Le médecin peut cependant passer outre le refus du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur lorsque ce refus nuit au patient, c'est-à-dire «*s'il risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle*». Le médecin délivre alors les soins indispensables (article L. 1111-4).

Les directives anticipées sur l'expression de la volonté relative à la fin de vie

Les directives anticipées, créées par la loi du 22 avril 2005, ont pour fonction de porter à la connaissance du médecin le souhait du patient lorsqu'il n'est plus en état de manifester son consentement (personne inconsciente). Elles visent en particulier l'arrêt d'un traitement qui maintient le patient en vie. Les articles R. 1111-17 à R. 1111-20 du CSP précisent la forme et le régime de ces directives.

Les directives anticipées n'ont aucune valeur contraignante pour le médecin et ne peuvent être assimilées à un «testament de vie». Elles n'ont qu'une valeur indicative pour le médecin dans sa prise de décision.

Il s'agit d'un document écrit, daté et signé par le patient dûment identifié par l'indication de son nom, ses prénoms, ses date et lieu de naissance. Dans le cas où le patient ne peut pas le rédiger lui-même, il peut demander à deux témoins identifiés, dont la personne de confiance, d'attester que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Il est également précisé que le médecin peut compléter la directive d'une attestation constatant que le patient est en état d'exprimer sa volonté.

Les directives anticipées peuvent être librement modifiées et révoquées par le patient, et cela sans formalité. Elles sont valables pendant une durée de trois ans et renouvelables par simple confirmation écrite. Toute modification du document fait courir un nouveau délai de trois ans.

Les directives anticipées sont généralement conservées par le médecin dans le dossier médical du patient et doivent être accessibles au médecin qui sera amené à prendre la décision. Ces directives peuvent également être conservées par le patient lui-même, par la personne de confiance ou encore par sa famille. Dans ces derniers cas, la mention des coordonnées de la personne détentrice des directives doit être portée au dossier médical.

Enfin, et pour garantir l'effectivité des directives, le décret prévoit que le médecin qui envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement doit faire des recherches sur l'existence éventuelle de directives anticipées.

LA PRÉSERVATION DU SECRET MÉDICAL

Les informations concernant l'état de santé d'une personne sont confidentielles (article L. 1110-4 du CSP). Il s'agit aussi bien de ce qu'elle confie à son médecin que de ce que celui-ci a découvert dans l'exercice de sa profession.

L'obligation au secret professionnel figure également dans le code de déontologie médicale (article R. 4127-4 du CSP). La divulgation des informations confidentielles est par ailleurs sanctionnée pénalement (article 226-13 du code pénal).

Le secret professionnel n'est pas opposable au patient. En effet, le médecin a une obligation d'information vis-à-vis de celui-ci. C'est envers les autres personnes que le médecin est tenu de se garder de toute révélation, tant écrite qu'orale, sous peine de sanctions pénales. Cette obligation au secret professionnel s'impose à toute personne travaillant dans le cabinet médical (qu'elle soit ou non en rapport direct avec le malade) ainsi qu'à toute personne «*en relation, de par ses activités*» avec le médecin.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir des informations en violation du secret médical peut être puni pénalement.

Certaines dérogations au secret professionnel sont prévues par la loi, notamment :

– dans un but de protection du public : déclaration des maladies contagieuses, des infections nosocomiales... (article L. 3113-1 du CSP) ;

– dans un but de sécurité des personnes : sévices sur enfants, violences sexuelles... (article 226-14 du code pénal) ;

– dans un but de lutte contre les discriminations (article 10 de la loi n° 2004-1486 du 30 décembre 2004).

Le médecin est autorisé, lorsqu'il comparait en justice, à fournir les renseignements utiles à sa défense. Mais, s'il est cité en tant que témoin, il ne peut divulguer des informations couvertes par le secret médical¹⁰.

Un médecin peut aussi transmettre à un autre professionnel de santé des informations sur la santé de son patient, pour assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf si le patient s'y oppose.

Enfin, le médecin peut informer les proches du malade (ou sa personne de confiance) de l'état de santé de celui-ci en cas de diagnostic grave, pour qu'ils puissent apporter au malade le soutien nécessaire. Le patient peut cependant refuser que le médecin avertisse ses proches ou la personne de confiance.

¹⁰ Cass. civ. I, 15 juin 2004, pourvoi n° 01-02338 ; Cass. civ. I, 7 décembre 2004, pourvoi n° 02-12539.

Secret médical et assurance

Une personne qui s'abriterait derrière le secret médical pour faire obstacle à l'établissement d'une preuve s'expose à ce que le juge interprète son opposition contre lui. Un arrêt de 2005 de la Cour de cassation¹¹ a illustré ce cas. Un assuré d'un contrat d'assurance de groupe emprunteur garantissant notamment le risque d'incapacité de travail a été placé en arrêt de travail. Cet assuré a alors sollicité le bénéfice de la garantie.

La compagnie d'assurance a refusé sa garantie au motif que l'affection de l'adhérent à l'origine de son arrêt était exclue de la garantie. Or l'assureur, qui dispose d'une expertise médicale pour prouver ses allégations, ne peut pas la verser aux débats du fait que l'assuré n'a pas renoncé au bénéfice du secret.

La Cour, qui confirme sa jurisprudence antérieure sur ce point¹², rappelle que l'assureur ne peut produire un document couvert par le secret médical que si l'assuré a renoncé au bénéfice de ce secret. Le juge doit alors apprécier si l'opposition de l'assuré tend à protéger un intérêt légitime ou à faire obstacle à l'établissement de la preuve.

L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

S'il le souhaite, le patient peut consulter seul son dossier médical, sur simple demande (article L. 1111-7 du CSP). Le médecin peut lui recommander de se faire accompagner par un tiers lors de la consultation, pour lui éviter d'affronter seul le contenu d'un dossier qui peut s'avérer douloureux (cas des pronostics vitaux ou des personnes dépressives, par exemple). Ce tiers va ainsi prendre connaissance d'informations confidentielles, couvertes par le secret médical. Le choix de ce tiers est donc important et délicat. Ce peut être un proche, un assistant social, une personne du milieu associatif... Il sera à son tour soumis au secret médical et ne pourra pas divulguer les informations ainsi recueillies, sous peine de sanctions pénales.

L'accès au dossier médical peut aussi se faire par l'intermédiaire d'un médecin. C'est alors lui qui accédera au dossier et en restituera au patient le contenu transcrit dans un langage commun.

Malgré la recommandation de son médecin, le patient peut refuser un accompagnement. Il pourra alors consulter seul son dossier.

Les demandes manifestement abusives, par leur nombre ou leur caractère systématique, ne seront pas honorées.

Que contient le dossier médical ?

La notion de dossier médical est difficile à définir. À une personne correspondent d'ailleurs plusieurs dossiers médicaux. En effet, chaque établissement de santé dans lequel un patient a été soigné a conservé des informations le concernant, tout comme chaque professionnel de santé dans le cabinet duquel il a été reçu.

La loi ne parle d'ailleurs pas de « dossier médical ». Elle indique que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles

et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé ».

Un certain nombre d'informations ne seront pas communiquées au patient. Ainsi, dans une optique de protection des tiers, les informations concernant le malade et mentionnant qu'elles ont été fournies par des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge du patient (témoignages de la famille, de l'entourage professionnel, etc.) ou concernant des tiers (témoignages sur les proches...) ne seront pas délivrées au patient.

Si l'on en croit les travaux parlementaires, les notes personnelles prises par le médecin pour son seul usage, de manière totalement subjective (notes préliminaires évoquant les hypothèses de travail, par exemple), n'ont pas à être communiquées. Il devrait en être de même pour les observations d'étudiants en médecine.

Qui peut avoir accès au dossier médical ?

Seul le patient, ou le médecin désigné par ce dernier, peut avoir accès à son dossier. Les informations médicales sont en effet strictement personnelles et couvertes par le secret. L'accès aux informations concernant l'état de santé a été instauré principalement dans un objectif de transparence et pour faciliter la prise en charge du patient (demande d'un second avis, démenagement...).

Une fois en possession du dossier, le patient peut le transmettre à qui bon lui semble. Mais il faut savoir que divulguer des informations médicales peut être contraire à ses intérêts. Le patient est donc le premier gardien du secret médical.

Lorsque le contrat le prévoit, l'assureur peut réclamer un certificat médical détaillé¹³, mais il ne peut à aucun moment exiger la transmission du dossier médical, qui contient beaucoup plus d'informations sur la santé de l'assuré¹⁴.

Le médecin qui a prescrit une hospitalisation peut avoir accès au dossier médical constitué dans le cadre de cette hospitalisation après accord du patient (articles L. 1112-1 et R. 1112-4 du CSP).

Après le décès du patient, ses ayants droit (conjoint, ascendants, descendants...) peuvent obtenir communication de son dossier,

¹¹ 2 juin 2005, *Juris-Data* n° 2005-028684.

¹² Cass. civ. I, 15 juin 2004 : suite au décès d'un assuré d'un contrat d'assurance de groupe emprunteur, l'assureur a souhaité vérifier la sincérité des réponses données au questionnaire médical sur les antécédents médicaux que chaque assuré doit remplir. La veuve et les héritiers se sont opposés à la levée du secret médical, ce qui avait pour conséquence d'empêcher l'assureur de se faire une opinion sur la sincérité des réponses. La Cour de cassation a retenu qu'il revient au juge d'apprécier si l'opposition tend à faire respecter un intérêt légitime ou à faire écarter un élément de preuve. Et d'en tirer conséquence quant à l'exécution du contrat d'assurance.

¹³ Cass. civ. I, 29 octobre 2002, pourvoi n° 99-17 187, *Bull.* 2002, 1, n° 244, p. 187.

¹⁴ Cass. civ. I, 15 juin 2004, pourvoi n° 01-02 338 ; Cass. civ. I, 7 décembre 2004, pourvoi n° 02-12 539. Deux arrêts par lesquels la Cour de cassation rappelle qu'en l'absence de dispositions législatives spécifiques, le juge ne peut contraindre un médecin à transmettre à un expert des informations couvertes par le secret lorsque la personne concernée ou ses ayants droit s'y sont opposés.

sauf si le patient avait indiqué son opposition à son médecin. La demande de l'ayant droit ne sera satisfaite que si elle vise à connaître les causes de la mort du défunt, à défendre la mémoire de celui-ci ou à faire valoir ses droits (article L. 1110-4 du CSP). Le refus de cette demande doit être motivé et n'empêche pas la remise d'un certificat médical.

Comment obtenir le dossier ?

La demande doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, afin de déterminer la date de réception du courrier par le professionnel ou l'établissement concerné et ainsi connaître le point de départ du délai de huit jours dont dispose votre interlocuteur pour répondre à votre demande. Pour les informations constituées il y a plus de cinq ans, le délai de communication est de deux mois. Sachez qu'un délai de réflexion d'un minimum de 48 heures devra s'être écoulé avant la communication des documents.

La demande n'a pas à être justifiée, mais l'indication de son objectif permettra de mieux cerner les documents utiles au patient. Ainsi, si celui-ci veut changer de lieu de soins, la totalité du dossier peut être utile. Mais s'il s'agit de demander un second avis médical, il n'aura peut-être besoin que des résultats d'examen ou d'un récapitulatif des soins qui ont été prodigués.

L'ayant droit qui souhaite consulter le dossier médical d'un défunt doit préciser le motif de sa demande. Seules les informations propres à connaître les causes de la mort, à défendre la mémoire du défunt ou à faire valoir ses droits seront communiquées (article L. 1110-4 du CSP).

Le demandeur doit joindre à sa requête une copie de sa pièce d'identité et, si nécessaire, un justificatif de sa qualité d'ayant droit (photocopie du livret de famille, document obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil, copie du contrat d'assurance dont il est bénéficiaire...). En effet, le contenu du dossier médical étant confidentiel, son dépositaire doit vérifier l'identité du demandeur.

La consultation du dossier peut se faire sur place (avec possibilité de demander des copies) ou par l'envoi de copies des documents.

Lorsque vous avez choisi d'accéder à votre dossier par l'intermédiaire d'un médecin, la consultation se fera sur place, en sa présence; ou à son cabinet, le dossier lui étant directement envoyé. Si vous demandez des copies (quel qu'en soit le support) ou si la consultation ne se fait pas sur place, seuls les coûts de reproduction et d'expédition pourront vous être demandés.

Cas particulier des patients mineurs ou des majeurs sous tutelle

L'accès au dossier médical est exercé par le titulaire de l'autorité parentale. Le mineur peut imposer que cette communication

se fasse par l'intermédiaire d'un médecin. Les titulaires de l'autorité parentale consulteront le dossier sur place ou chez le médecin indiqué (article R. 1111-6 du CSP). La loi ne prévoit pas l'accès du mineur à son dossier, mais rien n'interdit cependant au médecin de le lui communiquer.

Toutefois, le mineur a la possibilité, dans certaines circonstances, de faire conserver le secret sur son état de santé. Le médecin peut en effet, lorsque le mineur refuse d'informer le titulaire de l'autorité parentale, pratiquer l'acte ou mettre en œuvre le traitement « *qui s'impose pour sauvegarder l'état de santé* » du mineur sans recueillir le consentement des parents. Le mineur peut ensuite refuser la communication de la partie du dossier médical relative à cet acte (article L. 1111-5 du CSP). Les textes demandent cependant au médecin de faire son possible pour faire changer d'avis le mineur. L'article R. 1111-6 du CSP précise que le mineur qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont il a fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 du CSP peut s'opposer à la communication des informations au titulaire de l'autorité parentale. Pendant toute la durée de l'opposition de la part du mineur, le médecin doit s'abstenir de communiquer ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Quant au majeur sous tutelle, la communication devra être faite par l'intermédiaire du tuteur.

Que faire en cas de refus de communication du dossier médical ?

Le premier réflexe est de rappeler à votre interlocuteur (praticien ou établissement de soin) votre droit d'obtenir votre dossier en application des dispositions de l'article L. 1117 du CSP.

En l'absence de réaction, vous pouvez saisir une commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI, voir la procédure page suivante).

D'autres solutions s'offrent à vous, mais tout dépend de votre interlocuteur.

S'il s'agit d'un établissement public, d'un établissement privé participant au service public hospitalier ou d'une autorité administrative, vous pourrez faire appel à la Commission d'accès aux documents administratifs (Cada). Elle doit être saisie dans les deux mois suivant le refus qui vous aura été opposé, ou lorsque l'organisme ne vous a pas répondu dans le délai d'un mois suivant votre demande. La Cada dispose alors d'un délai d'un mois pour émettre son avis. Si ce dernier ne vous est pas favorable (ou si, en dépit d'un avis favorable, vous n'obtenez toujours pas la communication de votre dossier), vous pourrez saisir le tribunal administratif dans un délai maximum de deux mois commençant à courir à compter du nouveau refus opposé par l'organisme.

S'il s'agit d'un praticien libéral ou d'un établissement privé, outre les procédures amiables décrites ci-dessous, vous pouvez saisir les tribunaux de l'ordre judiciaire afin de faire valoir vos droits.

LE RÈGLEMENT AMIABLE DES LITIGES

Le pôle « santé et sécurité des soins » du médiateur de la République

Le médiateur de la République dispose d'un pôle « santé et sécurité des soins » dédié à l'information et à la médiation entre usagers et professionnels de santé. Son périmètre s'étend à tous les établissements publics et privés ainsi qu'à la médecine de ville. Il dispose de quatre champs de compétences :

- le non-respect du droit des malades,
- la qualité du système de santé,
- la sécurité des soins,
- l'accès aux soins.

Au titre de la mission d'information de ce pôle, un centre d'écoute est à la disposition des usagers souhaitant obtenir des informations sur les sujets entrant dans son champ de compétence. Un personnel spécialement formé est à l'écoute de l'usager.

En cas de rupture du dialogue entre le patient et un praticien ou un établissement de soin (refus de communication du dossier médical, erreur de diagnostic...), le pôle « santé et sécurité des soins » pourra organiser une médiation dans laquelle sera impliqué le médiateur de la République.

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI)

Qu'il s'agisse d'un litige relatif à la réparation d'un dommage corporel causé par un accident médical survenu après le 5 septembre 2001 ou d'un conflit de toute autre nature né à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (refus de transmission du dossier médical, contestation des honoraires...), une CRCI peut être saisie (article L. 1142-5 du CSP).

Il faut saisir la commission de la région dans laquelle a été effectué l'acte médical litigieux (article R. 1142-13 du CSP). Les CRCI sont regroupées en quatre pôles interrégionaux dont les coordonnées figurent sur le site <www.commissions-crci.fr>. La demande de conciliation doit être envoyée à la CRCI concernée, par lettre recommandée avec avis de réception. Précisez bien vos nom, prénoms et adresse, le nom et les coordonnées du professionnel ou de l'établissement de santé en question, et l'objet du litige (article R. 1142-19 et 20 du CSP). Joignez également l'ensemble des pièces justificatives en votre possession.

La commission peut se dessaisir au profit du conseil départemental de l'ordre des médecins concerné, si le demandeur donne son accord (article R. 1142-21 du CSP). À défaut, elle délègue la mission de conciliation à l'un de ses membres, ou à un médiateur indépendant qui sera choisi en fonction de la spécialité et de la complexité du litige.

Un document de conciliation signé par les deux parties consacrera l'accord trouvé.

Cette procédure n'exclut pas un recours devant les juridictions compétentes, administratives ou judiciaires selon la qualité de la personne dont la responsabilité est recherchée.

Attention ! car si l'objectif des CRCI est, notamment, de faciliter et d'accélérer les procédures d'indemnisation, cela reste une procédure longue et complexe. De plus, les délais d'instruction sont souvent dépassés. Il convient donc d'être correctement informé et entouré avant d'engager une telle procédure. N'hésitez pas à solliciter l'aide d'une association ou d'un avocat spécialisé.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins

Pour tenter de régler à l'amiable un litige avec son médecin, le patient peut également déposer directement une plainte auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins, s'il a constaté à son encontre un manquement aux règles déontologiques. Il peut être question de divers litiges comme le refus de transmission du dossier médical, la pratique d'honoraires excessifs non justifiés par une situation particulière (honoraires fixés sans tact ni mesure)...

Les coordonnées des conseils départementaux figurent sur le site du Conseil national (voir l'encadré ci-dessous).

Le conseil instruira le dossier puis convoquera le médecin et l'auteur de la plainte dans un délai d'un mois, en vue d'une conciliation ; à défaut, et sur demande du plaignant, la plainte sera transmise à la chambre disciplinaire de première instance, qui est rattachée au conseil régional de l'ordre (article L. 4123-2 du CSP). Cette chambre prononcera une sanction disciplinaire ou décidera qu'il n'y a pas eu de manquement aux règles déontologiques, mais elle n'est pas compétente pour condamner le médecin à réparer le préjudice du patient.

Sarah Lespinasse

À lire également : La fiche pratique INC J. 222, « L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux », téléchargeable sur <www.conso.net/infos-pratiques.htm>.

Quelques adresses utiles

Caisses primaires d'assurance maladie

Tél. : 36 46 – Site web : <www.ameli.fr>.

Conseil national de l'ordre des médecins

180, boulevard Haussmann – 75008 Paris – Tél. : 01 53 89 32 00 – Fax : 01 53 89 32 01.

Mail : <conseil-national@cn.medecin.fr> – Site web : <www.conseil-national.medecin.fr>.

Commission d'accès aux documents administratifs (Cada)

35, rue Saint-Dominique – 75700 Paris 07 SP – Tél. : 01 42 75 79 99 – Fax : 01 42 75 80 70.

Mail : <cada@cada.fr> – Site web : <www.cada.fr>.

Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI)

Tél. : 0810 600 160 – Site web : <www.commissions-crci.fr>.

Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam)

36, avenue du Général-de-Gaulle – 93175 Bagnole Cedex – Tél. : 0810 600 160 – Site web : <www.oniam.fr>.

Pôle « santé et sécurité des soins » du médiateur de la République

7, rue Saint-Florentin – 75008 Paris – Tél. : 0810 455 455 – Site web : <www.securitesoins.fr>.