



Guide relatif aux **modalités d'accès** au **dossier médical** du **patient**

« **2011,** **année du patient et de ses droits** »

L'année 2011 a été instituée comme l'année du patient et de ses droits par le ministère de la santé ; trois axes d'actions sont privilégiés :

- Faire vivre les droits du patient
- La bientraitance à l'hôpital
- Les nouvelles attentes du citoyen, acteur de la santé

Le Centre de droit JuriSanté du CNEH, spécialiste de ces questions, accompagne les professionnels dans leur réflexion et leurs actions pour faire vivre les droits du patient dans leur établissement.

Ce guide est destiné aux professionnels de santé afin de les aider à prendre connaissance des droits inhérents à l'accès du dossier médical.





Les droits du patient, bientôt 10 ans d'existence, un anniversaire à ne pas manquer

2011 a été consacrée comme « l'année des droits du patient ». Bientôt 10 ans après la promulgation de la loi fondatrice du 4 mars 2002, où en est-on ? Le bilan reste mitigé : les pratiques ont certes évolué mais dans un cadre parfois contraignant pour les professionnels.

Voulus protecteurs pour le patient, ces droits mis en place (personne de confiance, modalités d'accès au dossier, fin de vie, directives anticipées, secret professionnel...) s'avèrent complexes pour les professionnels, d'autant que ces dispositifs ont parfois sensiblement changé depuis 2002 restant, de fait, également mal connus des bénéficiaires.

Si la certification et la qualité des pratiques ont porté haut la nécessité de mettre en œuvre le dispositif de 2002, la loi HPST renforce d'autant ce principe en plaçant le patient au cœur du système de santé.

Les droits du patient sont une préoccupation quotidienne pour tous les professionnels de santé et tous les personnels, et une priorité pour l'établissement dans le cadre de l'amélioration continue de leur activité de prise en charge.

Aussi, le Centre de droit JuriSanté, qui depuis plus de 10 ans, agit pour la connaissance du savoir juridique et son appropriation par les professionnels des établissements, vous propose un guide simple, référencé, thématique et écrit pour les professionnels de santé afin de leur apporter la connaissance nécessaire à une application juste du droit d'accès au dossier médical.

Isabelle Génot-Pok, consultante Centre de droit JuriSanté

Sommaire

Cliquez sur la thématique

Dossier médical : terminologie et définition	p.04
Dossier médical du patient un élément de la qualité des soins	p.07
La structure du dossier médical	p.09
La composition et la tenue du dossier médical	p.11
Les bénéficiaires du droit d'accès : présentation	p.15
Le droit d'accès du patient à ses informations de santé	p.17
Le droit d'accès au dossier médical du mineur	p.19
L'accès au dossier médical du majeur sous tutelle	p.23
L'accès au dossier par les patients dans le cas d'une hospitalisation sans consentement	p.27
Accès du mandataire : conditions d'accès	p.29
Accès des ayants droit : conditions d'accès	p.32
L'accès au dossier médical du patient par le médecin désigné par le patient	p.38
Les informations communicables lors de la demande d'accès au dossier	p.40
Les informations non communicables au patient : information émanant des tiers ou concernant ces tiers	p.43
Les informations non communicables au patient : les notes personnelles	p.45
Modalité d'accès au dossier : la gestion de la demande	p.47
Modalités de communication : la procédure par défaut	p.51
Modalités d'accès au dossier : la consultation sur place	p.52
Modalités de communication : les délais	p.54
Modalités de communication : les modalités d'envoi	p.56
Modalités de communication : le coût	p.58
L'accès aux données individuelles et personnelles de santé en cas d'hébergement auprès d'un prestataire	p.60
Les voies de recours de l'utilisateur en cas de demande d'accès insatisfaite	p.61

Dossier médical : terminologie et définition

Terminologie

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé n'envisage pas l'expression « dossier médical ou dossier du patient » elle ne vise que l'ensemble des informations concernant la santé des personnes.

Seule la réglementation et essentiellement l'article R1112-2 du CSP, cité expressément la notion de dossier médical en le nommant : « dossier médical du patient hospitalisé ».

Par ailleurs, la Haute autorité de santé (HAS) anciennement ANAES, a créé le concept de « dossier patient » en précisant dans son référentiel de juin 2003 relatif à la tenue du dossier que cette dénomination recouvrait le dossier administratif et le dossier médical du patient, d'une part , mais aussi qu'elle évitait toute appropriation du dossier par une profession en particulier.

D'un point de vue strictement juridique on parlera de dossier médical et il est précisé qu'un dossier médical est constitué par patient.

Il est le support qui rassemble toutes les informations relatives au patient produites et formalisées par les personnels qui participent à sa prise en charge. Et ces données peuvent être de nature administratives, sanitaires, sociales.

Définition(s)

Différentes définitions ont été données pour le dossier médical :

- HAS juin 2003
 - *Le dossier du patient est un instrument de travail, et d'échanges avec les autres professionnels (autorisés) consignait la démarche diagnostique, thérapeutique ou préventive et les soins dont la personne a bénéficié. C'est aussi un outil de formation et d'évaluation et un support d'informations indispensables pour améliorer la connaissance en santé et les pratiques dans le respect des règles en vigueur.*
- On peut plus précisément définir aussi le dossier médical ainsi :
 - Le dossier patient est à la fois le support des informations pertinentes, l'outil de la réflexion et de la synthèse médicale et soignante, en vue d'une démarche diagnostique et thérapeutique. Il doit comporter des informations favorisant la coordination de la prise en charge du malade à l'issue de son séjour hospitalier, il est actualisé.
 - C'est aussi un document de communication, il doit être formalisé,
 - Enfin, le dossier est un lieu de conservation des informations, il doit être conservé

Caractéristiques :

C'est un document légal : prévu par un texte de conservation des informations : il doit être conservé

Les enjeux du dossier médical

- Disposer des informations relatives à la prise en charge du patient
- **Partager l'information au sein de la prise en charge**
- Assurer la continuité et la traçabilité des soins
- Evaluer la qualité des soins
- **Permettre au patient de prendre connaissance des éléments médicaux le concernant**
- Etre un outil utilisable dans le cadre de la recherche et de l'enseignement
- Permettre de recueillir les informations nécessaires à l'analyse des activités de l'établissement (PMSI/T2A)
- Disposer de preuves en cas d'engagement de la responsabilité

La propriété du dossier médical

La loi ne répond pas à cette question de manière explicite.

Le dossier médical document produit par une administration publique ou relevant du service public relève des archives publiques (art. L211-1 et 4 du code du patrimoine). A ce titre l'établissement en est le gardien et doit le conserver. Il ne peut en aucun cas se dessaisir du dossier ni le détruire en dehors des règles imposées pour toutes destructions ou éliminations. Le Conseil d'Etat depuis plusieurs années a jugé qu'un établissement ne pouvait pas se dessaisir au profit d'un médecin ayant cessé d'exercer ses fonctions, des données médicales qui ont été établies par le professionnel. (CE, 11 février 1972).

Dès lors, ni l'établissement, ni le professionnel, ni le patient ne sont propriétaire du dossier. Tout au plus le patient peut il disposer de l'information contenue dans le dossier dans les limites imposées par la loi et les règlements.

Chaque patient doit avoir un dossier médical

Aux termes de l'article R1112-2 :

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé.

Il ne peut y avoir qu'un seul dossier par patient. C'est la notion de dossier unique qui est inscrite dans le texte réglementaire qui impose par la même l'obligation de créer un dossier par patient hospitalisé.

Le dossier médical est un document réglementaire et réglementé, obligatoire. Il doit être créé dans tous les établissements de santé publics ou privés.

Mais ce texte n'exclut pas la création d'un dossier de consultation externe puisque la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006 précise qu'il faut entendre par personne hospitalisée tout patient pris en charge par un établissement de santé que ces personnes soient admises en hospitalisation, accueillies en consultation externe ou dans le cadre des urgences

Valeur des recommandations professionnelles

Si d'un point de vue juridique les recommandations professionnelles n'ont pas valeur de loi ou de règlement elles n'en demeurent pas moins opposables aux professionnelles.

Valeur rappelée par le Conseil d'Etat (CE, du 26 septembre 2006, CNOM).

Textes de références

- *L1111-7 du CSP*
- *L1112-1 du CSP*
- *R1111-1 du CSP et ss*
- *R1112-2 du CSP et ss*
- *R1112-7 du CSP*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès*
- *Circulaire 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée,*
- *Référentiels Anaes (HAS) juin 2003 Le dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations.*
- *Référentiels Anaes (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.*

Dossier médical du patient un élément de la qualité des soins

(extraits du préambule de l'arrêté du 5 mars 2004)

Le dossier offre les meilleures conditions pour le recueil et la conservation des informations détenues par les professionnels de santé, les établissements de santé et les hébergeurs.

La tenue du dossier doit permettre de répondre à toute demande de consultation ou de transmission d'informations émanant de professionnels de santé comme de la personne.

Lorsque le dossier est structuré, exploitable et lisible, en particulier lorsqu'il contient des synthèses régulières, la compréhension en est facilitée.

Tout professionnel de santé a l'obligation de veiller à la qualité de cet outil.

Le statut des informations qu'il contient, leur évolutivité justifient une hiérarchisation de nature à clarifier leur utilisation et à favoriser l'appropriation de données souvent complexes et provisoires. L'article R. 1112-1 dispose que, dans les établissements de santé publics ou privés, le dossier est organisé en trois parties, dont seules les deux premières sont communicables à la personne, à sa demande : 1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier : 2. Les informations formalisées en fin de séjour hospitalier : 3. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Les informations utiles à la continuité des soins sont remises à la personne en fin de séjour ou, si elle le demande, envoyées au médecin de son choix.

Dans un souci d'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'article R. 1112-2 peut aider à la structuration des dossiers en dehors des établissements de santé.

Lorsque cela est possible, en particulier si le dossier est informatisé, il est souhaitable d'établir un bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier, tenu à jour, avec possibilité d'en remettre une copie à la personne qui le demande.

Il est recommandé de faire apparaître clairement dans le dossier une mention concernant les choix de la personne pour l'accès aux informations de santé et leur transmission, mention qui doit être impérativement actualisée et vérifiée de manière régulière : la personne peut à tout moment revenir sur son choix.

Il s'agit : *du refus de la personne d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé (médecin traitant par exemple) ; - du refus éventuel que des proches soient informés ; - de l'identification de la personne de confiance qui sera informée et consultée au cas où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin (art. L. 1111-6 du code de la santé publique) ; - du refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès ; - du refus de la part*

d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale (cf. chapitre V concernant les mineurs).

Conformément à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, la personne dûment informée peut s'opposer à la transmission d'informations la concernant.

Il n'est pas possible de lui demander d'opter de manière globale et définitive pour des modalités données de transmission d'informations entre professionnels de santé.

Le dialogue avec la personne permet :- de l'informer de ses droits ; - de lui rappeler le caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

Il est rappelé enfin que la personne dispose du droit d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic, sauf affection transmissible, ou d'un pronostic, et que le professionnel de santé ne peut pas lui communiquer ces informations si elle n'y consent pas.

La structure du dossier médical

Dispositif juridique

Le dossier médical doit se structurer ou s'organiser dans le respect des dispositions réglementaires suivantes :

Aux termes de l'article R1112-2, un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

...

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

...

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Quelques précisions

Cette structuration a sa raison d'être. Il s'agit d'organiser au mieux l'information recueillie autour du patient concernant sa santé. Et de classer les éléments relevant du séjour, ceux relevant de la sortie et de la continuité des soins au-delà de l'établissement, et ceux qui bien qu'ayant intérêt à être connus de l'équipe de prise en charge ne relèvent pas de cette prise en charge et ont été fournis par des tiers (l'entourage plus ou moins proche du patient)

Par ailleurs, il est précisé que seuls les éléments des catégories 1 et 2 sont communicables. La raison de cette structuration et «de la mise à l'écart» des informations relevant des tiers et /ou concernant ces tiers est le droit d'accès direct aux informations accordé au patient sujet du dossier. En effet deux lois viennent justifier que le patient ne peut en aucun cas accéder à des informations qui ont été données mais qui ne le concernent pas directement.

- D'une part il s'agit de la loi du 17 juillet 1978 – dite loi CADA – qui exclut formellement dans son article 6-II de communiquer au demandeur (sujet du dossier) les informations nominatives que ne le concernent pas. Les termes de la loi précisent les seules informations qui peuvent être données à l'utilisateur.
- D'autre part de l'article L1110-4 du CSP issu de la loi du 4 mars 2002, qui impose le secret des informations concernant une personne. Il préserve par là même le secret des confidences que tout usager peut porter à la connaissance d'un professionnel dans le cadre d'une relation établie lors de la prise en charge d'un membre de sa famille, ou de son entourage. Le secret s'applique aussi au tiers vis-à-vis du patient dès lors que les informations fournies n'entrent pas dans le cadre de la prise en charge.

Recommandations

- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers doivent être individualisées dans le dossier (code couleur, feuille séparée,...).

Articles de références

- *Article R1112-2 du code de la santé publique*
- *Référentiels ANAES (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.*

La composition et la tenue du dossier médical

Le principe

Le contenu du dossier médical est fixé par voie réglementaire.

Ainsi aux termes de l'article R1112-2 :

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Quelques précisions

Chaque élément du dossier médical est énuméré par l'article. La liste ici décrite est une liste minimum obligatoire qui doit s'adapter selon le type de prise en charge et selon la discipline médicale dont relève le patient.

Ce minimum obligatoire suppose donc que d'autres informations peuvent parfaitement intégrer le dossier dès lors qu'elle participe à la prise en charge du patient et qu'il y a nécessité de la partager avec les membres de l'équipe de soins.

On notera également que le dossier de soins ou les informations relatives aux soins sont parties intégrantes du dossier médical ou constitue un sous-dossier du dossier médical au même titre que le dossier d'anesthésie ou de chirurgie.

La tenue du dossier médical

La réglementation prévoit un minimum de tenue de chaque document du dossier désigné sous le vocable de pièce du dossier.

Aux termes de l'article R1112-3, le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

Tous les professionnels de santé qui accèdent à ce document à son niveau d'intervention et dans son domaine de compétences sont responsables de la tenue du dossier et des informations qu'ils recueillent ou produisent ou non :

- *Le médecin (R4127-45 du CSP - CE du 28 avril 2003)*
- *sage - femme (art. R4127-333 du CSP)*
- *l'interne (personnel à sensibiliser dès son arrivée sous la responsabilité du médecin),*
- *le cadre infirmier (en termes de vérification art. R4312-31 du CSP)*
- *l'infirmier (art. R4311-3 et R4312-28 du CSP)*
- *le kinésithérapeute (Art. R4321-2 du CSP)*
- *le manipulateur radio (art. 4351-3 7° du CSP)*
- *l'étudiant... (selon sa spécialité obéit aux mêmes obligations que les professionnels)*
- *tout autre intervenant qui s'inscrit dans la prise en charge*

AVIS de la CADA (commission d'accès aux documents administratifs)

La CADA, sur la tenue du dossier, a eu l'occasion de rendre des avis et notamment sur les écrits manuscrits des médecins

En effet, elle a considéré qu'il était nécessaire que les notes personnelles du praticien qui reçoit un patient en consultation soient régulièrement formalisées pour en permettre la communication. Il s'agissait en l'occurrence d'un dossier de patient suivi en psychiatrie et

dont les entretiens faisait l'objet d'une simple prise de notes. (CADA, avis du 11 septembre 2003, directeur de l'EPS Maison Blanche, n° 20033517)

Recommandations (HAS)

- Chaque professionnel peut constituer un sous dossier propre à sa profession, qui fera partie du dossier patient
- Etablissement d'un bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier tenu à jour
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers doivent être individualisées dans le dossier (code couleur, feuille séparée,...)
- Le dossier administratif du patient doit également comporter la profession et l'employeur éventuel, ainsi que les coordonnées du médecin traitant
- Les responsabilités des différents intervenants sur la tenue du dossier sont établies par écrit (voir manuel de certification)
- La qualité des écrits :
 - les écrits doivent être lisibles,
 - les écrits doivent comporter la date et l'heure,
 - les écrits doivent être indélébiles,
 - chaque feuille constituant le dossier doit non seulement être identifiée au nom du patient, mais aussi à l'épisode de soins concerné

Point sur la certification

- HAS V3 2010 : référence 14 - Le dossier patient
 - Critère 14.a – gestion du dossier du patient - fait l'objet d'une **PEP (pratique exigible prioritaire)**
 - > E1 les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées
 - > E2 les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient

Jurisprudence

L'absence d'information ou de traçabilité ou de document obligatoire dans le dossier du patient est constitutive d'une faute entraînant la responsabilité de l'auteur.

En effet :

Le manquement au respect de l'obligation réglementaire de faire figurer dans les dossiers médicaux les comptes rendus opératoires qui auraient dû être joints au dossier médical des patients constitue une faute déontologique et engage la responsabilité du médecin - CE, 28 avril 2003, M. PATOIR.

Le fait de ne pas avoir consigné dans le dossier médical d'un patient une allergie antérieure aux produits iodés constitue une faute de nature à engager la responsabilité d'un EPS. (TA de Marseille, 2 mai 2000, Mme. Strumeyer)

Articles de références

Article R1112-2 du CSP

Article R1112-3 du CSP

Référentiels HAS (ANAES) juin 2003 : Recommandation - Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations, juin 2003

Les bénéficiaires du droit d'accès : présentation

Dispositif juridique

La loi précise que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé...Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un praticien qu'elle désigne et en obtenir la communication.

Toutefois, la loi permet à certaines personnes autres que le patient lui-même d'accéder aux informations concernant la santé de ce patient.

De plus, dans tous les cas d'accès, des conditions sont posées par les textes qui doivent impérativement être respectées, sous peine d'enfreindre les dispositions légales et réglementaires et notamment le secret professionnel.

Enfin, ...on notera le rôle primordial dans la procédure d'accès des acteurs expressément visés par la loi et le règlement (cf fiche modalité de communication)

Les détenteurs du droit d'accès sont :

- Le patient
- Les titulaires de l'autorité parentale
- Le tuteur
- Les ayants droits
- Le médecin éventuellement désigné
- Le médecin prescripteur de la prise en charge
- Le mandataire

*ATTENTION la personne de confiance n'est pas dans la liste des personnes pouvant accéder au dossier médical mais elle peut intervenir dans un cas particulier (on parle de tierce personne, ce n'est donc pas obligatoirement une personne de confiance) : à l'**article L 1111-7 alinéa 3 du CSP**, il est prévu que la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin, en raison des risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Mais le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.*

Textes de référence

- Article L 1111-7 et L1111-8 du CSP
- Article L 1115-1 à 9 du CSP
- Article. R1112-4 du CSP
- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès
- Référentiel HAS de juin 2003 dossier patient : évaluation de la qualité de la tenue et du contenu : réglementation et recommandations (loi du 4 mars 2002)
- Manuel HAS de certification V3 2010, notamment la référence 14 - Le dossier patient fait l'objet d'une **PEP (pratique exigible prioritaire)**
 - E1 l'accès du patient à son dossier est organisé
 - E2 le patient est informé des droits d'accès à son dossier
 - E2 l'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins

Le droit d'accès du patient à ses informations de santé

Dispositif juridique

La loi reconnaît à tout usager majeur non protégé par une mesure de tutelle un droit général d'accès aux informations concernant sa santé détenues tant par les professionnels de santé exerçant en ambulatoire que par les établissements de santé publics ou privés.

L'arrêté du 5 mars 2004 précise par ailleurs que les informations de santé formalisées communicables au patient doivent être comprises au plus simple, c'est-à-dire « les informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrements...) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles ». Un avis CADA (2) du 3 janvier 2005 confirmait également cette analyse

Ce droit s'exerce directement ou par l'intermédiaire d'un médecin désigné par l'utilisateur, s'il le souhaite.

Le patient ne doit en aucun cas justifier sa demande. Il a accès à l'ensemble des informations le concernant détenues par les établissements dès lors qu'elles sont communicables au sens de la loi. (cf fiche informations communicables)

La communication se fera selon la procédure définie par les textes et la demande de l'utilisateur.(cf fiche modalités de communication)

Le patient demandeur doit uniquement justifier de son identité par la production d'une pièce d'identité.

Le patient peut demander l'accès à son dossier à tout moment de la prise en charge ou après sa sortie de l'établissement.

Il lui est possible d'accéder au dossier accompagné d'un tiers.

Aucun professionnel ne peut de son propre chef amoindrir le droit d'accès aux informations concernant un patient. Seul le législateur peut le décider et créer une exception à cet accès direct aux informations.

A propos des restrictions posées par le législateur à l'accès directe et facilité. La loi CADA du 17 juillet 1978 impose dans son article 6, 2° que les documents faisant l'objet d'une procédure judiciaire ne soit transmis aux personnes qui peuvent y accéder qu'avec l'accord du juge en charge de l'affaire. Cette disposition implique donc que pour demande d'un dossier médical qui aurait été saisi par un magistrat, l'autorisation de celui-ci soit recueillie avant toute transmission au demandeur.

Par ailleurs, le patient en détention ne pourra accéder à son dossier médical que cela soit en lecture sur place (au sein de l'UCSA ou du SMPR de préférence) ou par envoi postal qu'après

avoir obtenu l'autorisation du directeur de son établissement pénitentiaire. Le médecin accompagnant la lecture devra lui-même obtenir un permis de visite si l'accès au dossier se fait dans les locaux de la prison. Il en ira de même pour toute personne accompagnante sous réserve des dispositions de l'article D406 al. 2 du cpp). Par ailleurs dans l'hypothèse d'une remise des copies au patient détenu, il ne sera pas fait exception de la règle du contrôle des courriers (art. D413 à D417 du cpp et D64 et D65 du cpp).

Recommandations

- **L'utilisateur doit avoir un accès facilité à l'ensemble des informations le concernant notamment celles contenues dans son dossier médical**
- **L'information sur le droit d'accès doit faire l'objet d'une publication notamment par le biais du livret d'accueil**
- **Procéder aux demandes d'autorisation nécessaire en cas d'obligation légale (patient détenu, dossier saisi par un magistrat).**
- **Aucun obstacle – sauf absence de précision sur l'identité du patient - ne peut être opposé à l'accès du patient à son dossier**
- **La volonté du patient doit être respectée dans sa demande d'accès à son dossier relativement à ce que la loi permet et limite**

Articles de références

- *Article L1111-7 du CSP*
- *Article L1112-1 du CSP*
- *Articles R1111-1 du CSP*
- *Article 6, 2° de la loi du 17 juillet 1978 dite loi CADA*
- *Article D 64, D65, D406, D413 à D417 du cpp*
- *Article D 65, D406, D413 et D417 du cpp*
- *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (page 90)*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004*
- *Référentiel ANAES (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.*

Le droit d'accès au dossier médical du mineur

Dispositif juridique

La loi précise que toute personne a accès aux informations concernant sa santé. Cependant, le mineur, aux termes des articles L1111-7 et R 1111-6 du CSP n'a pas accès à son dossier médical (le mineur émancipé est considéré comme un majeur).

- Les parents ou représentants légaux ont un droit d'accès au dossier de leur enfant mineur

Ce droit est exercé par son ou ses représentants légaux, selon le cas, tant que le mineur n'a pas atteint l'âge de sa majorité (18 ans révolus)

L'article L1111-7 du CSP dispose :

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. ».

La HAS confirme à ce propos que l'enfant mineur ne peut demander communication directe de son dossier, et que si le mineur en fait la demande, l'article L1111-7 n'a pas prévu que le mineur soit titulaire du droit d'accès.

Au-delà de l'âge de la majorité la règle d'accès par le patient majeur à son dossier s'applique normalement comme pour tout majeur. Les parents ne pourront plus faire de demande d'accès même pour les données recueillies à l'époque de la minorité de leur enfant.

- Le droit des parents peut être aménagé par le mineur
La réglementation accorde cependant au mineur un droit d'opposition à l'accès direct de ses parents à son dossier médical.

Deux situations d'opposition sont prévues par les textes :

- 1) Le mineur dispose d'un droit d'opposition totale à l'accès de ses parents dès lors qu'il avait antérieurement sollicité et obtenu du médecin l'ayant pris en charge, le secret sur les soins dont il avait besoin au titre de l'article L1111-5 du CSP. Le médecin qui doit, dans ces conditions, faire mention écrite dans le dossier de la demande de soins effectuée dans le secret, doit aussi mentionner dans le dossier l'opposition du mineur à l'accès après avoir systématiquement tenté d'obtenir l'accord du mineur à l'accès de ses parents à son dossier. Si le mineur persiste dans son opposition, il sera impossible d'accéder à la demande d'accès formulée par les parents sans l'accord du mineur levant le secret porté sur les soins en question.

Sur ce premier point l'article R1111-6 prévoit :

« La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L.

1111-5 'peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet.
Le médecin fait mention écrite de cette opposition. »

Tout médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées à l'alinéa ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ses efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue ».

- 2) Par ailleurs, et quelles que soient les conditions de la prise en charge du mineur, celui-ci dispose aussi d'un droit d'opposition « partielle » à l'accès de ses parents à son dossier. En effet, si le mineur formule le souhait que ses parents n'accèdent à son dossier que par l'intermédiaire d'un médecin, le médecin ne pourra pas transmettre le dossier médical du mineur directement aux parents. Ces derniers doivent désigner un médecin intermédiaire pour accéder au dossier de leur enfant.

Sur ce second point l'article R1111-6 prévoit :

« Lorsqu'en application de l'article L. 1111-7 la personne mineure demande que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant son état de santé ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin, ces informations sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné ou consultées sur place en présence de ce médecin. »

ATTENTION : Dans le premier cas d'opposition, le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord du patient mineur pour faire valoir la demande des parents.

Dans le second cas d'opposition, le mineur doit s'exprimer « spontanément » sur l'opposition partielle qu'il souhaite imposer à ses parents.

Par ailleurs, le mineur peut souhaiter qu'un seul de ses deux parents accède à son dossier.

Dans les deux cas d'opposition, la volonté du mineur doit être respectée.

Enfin, il ne faut pas oublier que ces dispositions qui, certes, vont dans le sens des droits du mineur et répondent à un véritable souci d'accès aux soins confidentiels, demeurent cependant des dérogations à l'autorité parentale et ne peuvent en conséquence devenir un moyen courant de prise en charge des mineurs. Le principe des dispositions dérogatoires est qu'elles doivent demeurer exceptionnelles.

ASPECTS PARTICULIERS POUR LE MINEUR : lorsque le mineur fait une demande d'accès à son dossier, la loi ne le lui permet pas directement, puisque seuls les parents peuvent faire cette demande. Cependant dans la mesure où l'article L1111-2 du CSP relatif au droit à l'information des patients prévoit que le mineur est informé de sa situation de santé selon son degré de maturité et sa capacité à participer à la décision, il est envisageable que le médecin tienne compte de cette demande afin d'entretenir le patient mineur des éléments médicaux le concernant.

Article L1111-2 :

« Les droits des mineurs ou (...) sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale (...). Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les [mineurs] ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité, (...). »

Jurisprudence

Le juge rappelle le principe de l'accès au dossier par le seul patient majeur, lors d'une affaire où une mère avait demandé à lire le dossier de sa fille devenue majeure : Mme X étant devenue majeure le 9 janvier 2005, il lui appartenait désormais, le cas échéant, de formuler une telle demande auprès de l'hôpital, bien que la demande de la mère ait été formulée en 2003 et ait essuyé un refus de la part du directeur de l'établissement. Au moment de la demande en appel, sa fille était devenue majeure. (CA d'Appel de Marseille, 2 février 2006, Jean Maris X).

La CADA a rendu deux avis dès 2002 sur le droit d'opposition du mineur qui, d'une part, ne peut intervenir dans l'hypothèse où le mineur a préalablement obtenu des soins confidentiels (avis 27 juin 2002 CH d'Aubenas n° 20022486), et d'autre part le droit d'accès continu d'appartenir comme par le passé aux titulaires de l'autorité parentale, sans qu'il y ait lieu de rechercher systématiquement l'accord de l'intéressé (avis 19 décembre 2002, Ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'Aménagement du territoire n°200224609)

Recommandations

- Si le mineur ne s'est pas exprimé sur l'accès de ses parents à son dossier médical, aucun avis ne doit lui être demandé systématiquement par le médecin
- Si le mineur a bénéficié de soins dans le secret, il est envisageable:
 - soit de lui demander son avis au cas où ses parents souhaiteraient accéder à son dossier
 - soit, si le mineur n'est pas lui-même joignable, de joindre le majeur l'ayant accompagnéⁱⁱ dans cette démarche de soins confidentiels (ses coordonnées doivent figurer dans le dossier médical du mineur), afin qu'il le prévienne de la demande de l'hôpital, afin d'obtenir l'avis du mineur
- le médecin doit, autant que faire ce peut, tenter de convaincre le mineur qui souhaite s'opposer à l'accès de ses parents à son dossier, d'associer ces derniers aux soins en les laissant accéder à l'information concernant sa santé
- le médecin doit s'assurer de la volonté constante du mineur exprimée auprès des services selon l'âge du mineur, en cas de demande d'accès par les parents
- il est nécessaire que l'établissement prévoit une procédure d'information des parents qui ne pourront pas accéder au dossier de leur enfants

Textes de référence

- *Article L1111-7 du CSP*
- *Article L1111-5 du CSP*
- *Article R 1111-6 du CSP*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004*

L'accès au dossier médical du majeur sous tutelle

Définition

La tutelle est le régime de protection le plus important et le seul qui implique la représentation du majeur protégé. Dès lors, le majeur doit être représenté de façon continue dans la plus part des actes de la vie civile. Il bénéficie, pour cette représentation, d'un protecteur qui, depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la réforme de la protection juridique des majeurs, est un mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

La loi n'envisage que la question de tutelle. Il ne faut pas appliquer ces dispositions aux mesures de curatelle ou de sauvegarde de justice.

Dispositif juridique

La loi du 4 mars 2002 n'a pas permis au majeur protégé par une mesure de tutelle d'accéder à son dossier médical. Seul son représentant légal (mandataire judiciaire à la protection des majeurs) dispose de ce droit :

Article R1111-1

*« L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un hébergeur agréé en application de l'article L. 1111-8, est demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, **le tuteur ou**, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire. »*

De plus il n'est nullement besoin que le tuteur soit détenteur d'une autorisation du majeur protégé pour accéder à son dossier. Sa qualité de représentant est suffisante pour faire valoir ce droit.

La CADA s'est d'ailleurs déjà prononcée sur ce point.

■ ASPECTS PARTICULIERS POUR LE MAJEUR SOUS TUTELLE :

Si le majeur fait une demande d'accès à son dossier, la loi ne le lui permet pas d'accéder directement, puisque seul son représentant légal peut faire cette demande. Cependant, dans la mesure où l'article L1111-2 du CSP relatif au droit à l'information des patients, prévoit que le majeur reçoive une information sur sa situation de santé selon son degré de discernement et sa capacité à participer à la décision, il est envisageable que le médecin tienne compte de cette demande afin d'entretenir le patient majeur protégé des éléments médicaux le concernant.

Art. L1111-2

Les droits (...) des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par (...) le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, (...). Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée (...), soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

▪ **QUELQUES PRECISIONS IMPORTANTES SUR LA SITUATION DU MAJEUR PROTEGE :**

Le fait de bénéficier d'une protection judiciaire et notamment d'une tutelle, ne fait pas du majeur sous tutelle un individu dénué de tout droit individuel, tel le respect de sa personne et de sa vie privée. En effet, même si le jugement de tutelle porte aussi sur la protection de la personne (nouveau de la loi réforme de 2007), il n'en demeure pas moins que la totalité du dossier doit être relu attentivement par le médecin afin de ne pas divulguer au représentant légal une information qui, malgré sa fonction, doit rester de l'ordre du secret professionnel. Rappelons que le tuteur n'intervient que dans le cadre des soins en ce qui concerne sa collaboration avec l'équipe de soins.

Dès lors, il est nécessaire pour tout professionnel de connaître le sens de la réforme de la protection juridique au regard du respect de l'intimité et de la vie privée auquel le majeur protégé a toujours droit.

Afin obtenir l'avis du majeur

Dans un avis de 2002, la CADA a précisé que s'agissant du cas du majeur incapable, la loi du 4 mars 2002 n'a pas pour objet de limiter le droit de son tuteur d'accéder aux informations médicales le concernant. L'administration n'a donc pas à exiger un accord préalable du majeur incapable (avis du 27 juin 2002, Directeur du CH d'Aubenas, n° 200224V 86)

Recommandations

- **Vérifier la qualité du représentant légal (mandataire judiciaire à la protection des majeurs)**
- **Vérifier l'étendue du jugement de tutelle (au regard des obligations du tuteur inscrite dans la loi du 5 mars 2007)**
- **Le médecin doit impérativement relire attentivement le dossier du majeur avant de le transmettre au représentant légal, afin de trier l'information qui pourrait dévoiler l'intimité du patient que le protecteur n'a pas à connaître.**

Textes de référence

- *Article L1111-2 du CSP*
- *Article R1111-1 du CSP*
- *Loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs*

Note sur l'article L1111-5 du csp relatif au droit au secret accordé aux mineurs

La loi du 4 mars 2002 donne une portée générale au droit du mineur aux soins confidentiels. Ce droit est ouvert sans référence à l'âge du mineur.

A défaut d'indications plus spécifiques (décret d'application) on peut se référer aux débats parlementaires et aux motifs du projet de loi :

« Il s'agit en premier lieu d'apporter une réponse à certaines situations rares, mais qui peuvent entraîner des difficultés graves dans la prise en charge des adolescents... »

Le droit aux «soins confidentiels» a été constitué dans la perspective de situations propres à l'adolescence. (Il faut pouvoir traiter un adolescent en l'absence éventuelle de consentement parental, dans l'intérêt évident de la santé publique – B. Kouchner Débats parlementaires, Ass. Nat. 4 octobre 2001.

Cet article concernant :

Le cas où le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé prévoit que :

« par dérogation à l'article 371-2 du CC (relatif à l'autorité parentale), le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure.

Deux conditions sont donc nécessaires et cumulatives pour que le médecin puisse se passer de l'autorité parentale :

- opposition expresse du mineur à leur consultation
- des circonstances dans lesquelles l'abstention de soins serait préjudiciable à la santé du mineur

La loi ne précise pas que seuls les soins urgents seraient concernés (les cas d'urgence se règlent différemment avec d'autres principes). Aussi rien ne s'oppose à :

- une prise en charge prolongée
- une programmation à une date ultérieure des soins confidentiels, dès lors que ces soins sont nécessaires au mineur.

En outre, le mineur peut demander le secret à l'égard d'un de ses parents seulement – la loi ne disant rien de contraire -

Par ailleurs, cette faculté de conserver confidentielle cette prise en charge ne peut s'exercer sans précaution :

- tout d'abord, il ne s'agit pas d'empêcher les parents d'exercer leur protection naturelle et obligatoire sur le mineur pour n'importe quel prétexte. Mais, parfois, il sera plus important pour le mineur et sa santé que ses parents ne soient pas tenus au courant.
- Aussi, c'est pourquoi, il s'agit dans le texte d'une possibilité ouverte au médecin (le médecin peut) et non d'une obligation. Il en résulte qu'en dehors de cas d'urgence (avérés) qui imposent l'intervention médicale, le médecin peut se récuser en conformité avec la déontologie médicale (art. R4123-47 du csp – attention à lire au regard des principes du service public le refus de donner des soins à un patient est conditionné). Le médecin doit donc se déterminer avec discernement. Et il doit indiquer loyalement au mineur s'il accepte ou non – et ses raisons - de dispenser des soins confidentiels. Il peut juger que le mineur trop malade, trop immature ou manipuler par un tiers, ne peut raisonnablement être soigné dans le secret. S'il se récuse, il devra cependant tenter de trouver une solution alternative sans abandonner le mineur seul face à lui-même ni tromper sa confiance.
- Le médecin doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Le médecin ne doit pas être dans une attitude neutre mais il doit tenter de persuader le mineur d'informer ses parents et donc d'entrer dans un dialogue nécessaire et précis afin de connaître et comprendre au mieux la situation.
- Si le mineur maintient son opposition, que son attitude est déterminée et a priori justifiée pour le médecin alors le médecin peut mettre en œuvre les soins nécessaires.

L'accès au dossier par les patients dans le cas d'une hospitalisation sans consentement

Dispositif juridique

Tout patient a le droit d'accéder aux informations relatives à sa santé, autrement dit à son dossier médical. Il en est de même pour les patients pris en psychiatrie, qu'ils soient ou aient été pris en charge en soins libres (SH) ou pris en charge sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (ex : HDT) ou pris en charge sur décision du représentant de l'Etat (e : HO)ⁱⁱⁱ.

En effet, la loi ne fait aucune distinction entre les patients. Donc, le principe de l'accès direct doit être le même pour tous les patients quelque soit leur mode de prise en charge.

Article L1111-7

« 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 (...) »

Cependant, **et à titre exceptionnel**, le législateur a prévu la possibilité de limiter l'exercice du droit d'accès à un usager qui fait ou a fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement (ex : HDT et ex : HO) en lui imposant, à certaines conditions strictes, une présence médicale lors de cet accès. La loi prévoit sur ce point :

Article L1111-7

*« **A titre exceptionnel**, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques décidée par en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur **en cas de risques d'une gravité particulière**. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur. »*

Cette dérogation, comme toutes dérogations a **un régime d'application exceptionnelle**. Il n'est donc pas juridiquement possible de l'appliquer à tout patient qui aurait été admis en soins psychiatriques sans consentement (d'autant moins ceux faisant l'objet de soins ambulatoires) une fois au cours de sa vie de patient, sauf à n'accorder aucune possibilité à ces patients de retrouver un statut identique à chacun.

Dès lors, il faut une situation d'une particulière gravité qui rende impossible au patient la lecture seule et directe de son dossier.

Cela implique que le médecin responsable de la transmission du dossier médical, connaisse la situation médicale du patient, ou tout du moins, sache détecter une situation d'une gravité particulière pour le patient l'empêchant d'accéder seul à son dossier.

Il sera, au demeurant, nécessaire que le professionnel motive cette particulière gravité. Elle est le moyen d'éviter toute restriction d'accès abusive.

Exemples de situation d'une gravité particulière :

Un patient qui ne connaîtrait pas sa pathologie (pour des raisons légitimes telles que prévues à l'article R4127-35 du CSP), et qui demande l'accès à son dossier, soit le médecin estime qu'il pourra connaître de cette pathologie mais accompagné d'un professionnel, soit il estime que le patient ne peut toujours avoir cette information.

La procédure spécifique au patient hospitalisé sans consentement

Si, à titre exceptionnel et en cas de risque(s) d'une gravité particulière, le médecin responsable du dossier du patient estime que celui-ci ne peut en aucun cas accéder seul à ses informations^{iv} il devra proposer au patient de désigner un médecin qui sera présent lors de la consultation.

Si le demandeur refuse la présence du médecin, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est saisie soit par l'établissement soit par le patient afin d'émettre un avis sur l'accès au dossier du patient.

- Son avis s'impose au demandeur et au détenteur des informations.
Si la CDSP confirme l'accès en présence d'un médecin, le patient ne pourra en aucun cas accéder seul. Il devra désigner un médecin s'il souhaite prendre connaissance de son dossier.
Si la CDSP infirme la décision du médecin hospitalier, l'établissement devra sans délai fournir le dossier au patient.

Précision : lorsqu'une personne a des difficultés de communication, la transmission des informations doit être adaptée à leurs possibilités et les difficultés de compréhension doivent être prises en compte de manière spécifique.

Jurisprudence

Le juge dans un arrêt de cour d'appel a validé le refus d'accès direct dès lors qu'elle répond aux conditions dérogatoires posées par la loi. (CA d'appel de Douai, 27 mai 2004, CH de Rouvray)

Recommandations (pour le cas de soins psychiatriques sans consentements)

- Le médecin doit motiver son refus de faire accéder directement le patient à son dossier
- Le référent de la procédure doit informer le patient de sa possibilité de saisir la CDSP et lui faciliter ses démarches
- Le médecin désigné pour être présent lors de l'accès doit prendre contact avec le médecin du patient afin de mieux envisager le champ des informations accessibles au patient

Textes de références

- Article L1111-7 du CSP
- Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004

Accès du mandataire : conditions d'accès

Définition du mandat

Le mandat est l'aptitude conventionnelle donnée par une personne (le mandant) à une autre (le mandataire), à exercer ses droits et à agir pour son compte dans les limites de l'investiture reçue.

Le mandataire est la personne qui a reçu mandat d'une personne le mandant.

Dispositif juridique

Dans ses recommandations de bonne pratique confirmées par la suite par le Conseil d'Etat, l'HAS a reconnu la faculté d'user du mandat en matière d'informations médicales concernant autrui.

Le dispositif est présenté comme suit :

"Les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient, par ses représentants légaux (s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle) ou par ses ayants droit en cas de décès, dès lors que la personne dispose d'un mandat exprès et peut justifier de son identité. La personne mandatée ne peut avoir de conflit d'intérêts et défendre d'autres intérêts que ceux du mandant (la personne concernée par les informations de santé). Il est recommandé de rappeler au mandant le caractère personnel des informations qui seront communiquées à la personne mandatée"

La définition de « mandataire » d'un patient est large et de nature à préserver la liberté de choix du patient, puisqu'elle renvoie aux membres de sa famille, à ses proches ou à des personnes en qui il a confiance (à savoir le médecin traitant).

Mais l'HAS, par ses recommandations de bonnes pratiques, ne limite pas cette notion à ces trois catégories de personnes.

Le patient peut désigner la personne de son choix (Pour les mineurs et les majeurs sous tutelle, la désignation du mandataire incombe cependant aux représentants légaux du patient. Si le patient est décédé, elle incombe à ses ayants droit).

Le recours au mandat a été entouré de garanties inscrites dans les recommandations et réaffirmées par le juge :

- Le mandataire doit disposer d'un *mandat exprès*

L'exigence d'un mandat exprès signifie que le consentement du mandant doit être explicite et qu'il n'est pas déductible des seules circonstances. Toutefois, le mandat résulte seulement, en principe, d'une déclaration de volonté du mandant, qu'elle soit sous forme verbale ou écrite (art. 1985, al. 1er c. civ.).

Mais, en cas de litige, la preuve de l'existence du mandat est régie, par le droit commun c'est-à-dire qu'elle exigera la production d'un écrit à l'exception du commencement de preuve par écrit (exemple : la réponse du mandant au compte rendu fait par le mandataire constitue un commencement de preuve par écrit (Civ. 1re, 20 avr. 1983, Bull. civ. I, n° 126) et de l'impossibilité matérielle ou morale (exemple : clignement des paupières d'une personne adulte tétraplégique qui n'est placée ni sous tutelle ni sous curatelle, incapable d'écrire ou de parler mais qui possède toutes ses facultés mentales et qui peut s'exprimer par un mode reconnu et descriptible).

S'agissant de l'interprétation de l'étendue et de la durée du mandat, tous les moyens de preuve sont admis (Civ. 1re, 10 oct. 1984, Bull. civ. I, n° 166).

- Le mandataire doit justifier de son identité

Le demandeur devra donc fournir une pièce d'identité, celle-ci devra être conforme aux informations fournies dans le mandat.

- Absence de conflit d'intérêts et défense des intérêts entre le mandant et le mandataire

Les données recueillies par le mandataire ne peuvent être utilisées que dans l'intérêt direct du patient et, dans les conditions déterminées par la loi.

Il faut relever que la survenance de litiges est d'autant plus probable que malgré l'adoption de précautions, le danger que le mandataire ne soit pas toujours animé des meilleures intentions à l'égard du mandant, demeure.

Le conflit d'intérêt crée en effet la tentation, chez le mandataire, d'user de ses fonctions pour servir ses intérêts particuliers. Dès lors il est nécessaire pour le destinataire de se rapprocher du service où le patient est hospitalisé ou à été hospitalisé afin de se renseigner sur les éventuels discordes relevées par les professionnels de l'équipe de prise en charge entre le mandant et le mandataire.

Tous les membres de l'équipe peuvent être sollicité par le destinataire de la demande, notamment les professionnels de santé mais aussi, l'assistante sociale si elle intervenait dans la prise en charge, ou le psychologue.

- Rappeler au mandant le caractère personnel des informations communiquées au mandataire

Les données à caractère personnel se définissent comme "toute information relative à la personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres".

Il s'agit par exemple des :

- noms
- prénoms,
- adresses
- numéro de sécurité sociale

Les informations communiquées au mandataire sont bien personnelles puisqu'elle permette d'identifier le patient.

- Le mandataire accèdera aux informations relatives au mandant selon sa demande

En effet, s'il s'agit de respecter la volonté du mandant, le mandataire accèdera à toutes les informations autorisées par le mandant.

Jurisprudence

Le juge suprême a considéré que les recommandations de l'HAS n'étaient pas contraires aux dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, et a permis que le patient puisse désigner un mandataire.(CE, 26 septembre 2005, *Conseil national de l'Ordre des médecins*, n° 270234)

Recommandations

- Toujours vérifier auprès du service si celui-ci a connaissance d'un conflit entre le patient et le mandataire
- Toujours vérifier auprès du service et notamment du médecin la capacité du patient à rédiger un mandat
- Toujours vérifier que le patient est vivant lors de la production du mandat par la mandataire
- Toujours motiver le refus de répondre à la demande d'un mandataire

Textes de référence

- *Article L.1110-4 du CSP*
- *Article 1384 du code C. Civ*
- *Loi n° 78-17, 6 janv. 1978, art. 2, al. 2*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004*

Accès des ayants droit : conditions d'accès

Dispositif juridique

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

L'article L1110-4 dispose dans son dernier alinéa :

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ».

Aussi, la loi pose 4 conditions cumulatives pour autoriser les ayants-droit à accéder à certains éléments du dossier médical.

- La condition du décès du patient :

La loi est claire, l'accès au dossier médical par les ayants-droit suppose le décès du patient concerné.

En l'absence de dispositions contraires, la vérification de cette condition constitue une obligation.

Pour toutes les situations où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté (ex : coma, troubles du au traitement, état végétatif...), aucun accès ne peut être accordé aux tiers.

- La qualité d'ayant-droit :

La notion d'ayant-droit a longtemps suscité la confusion dans la mesure où l'obtention de cette qualité peut varier selon la matière concernée.

En droit **hospitalier**, l'ambiguïté a été levée par l'arrêté du 3 janvier 2007 qui définit les ayants-droit comme les successeurs légaux du défunt ; autrement dit, l'ayant-droit est l'héritier du patient.

L'établissement est tenu de s'assurer de la qualité du demandeur afin de s'assurer que celui peut juridiquement recevoir le dossier sans violation du secret médical.

La preuve de cette qualité se fait par tout moyen légal conformément à l'article 730 du Code civil.

A titre d'exemple, le prétendu ayant-droit justifiera de cette qualité par :

- un certificat d'hérédité (succession simple),
- un acte de notoriété (succession complexe),
- un livret de famille au profit du conjoint ou des descendants.

La HAS a également rappelé (recommandation pour la bonne pratique relative à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne – point VI-I arrêté du 5 mars 2004) qu'aucune demande ne peut être satisfaite sans certitude sur l'identité du demandeur. Le demandeur devra donc fournir une pièce d'identité.

- La motivation

L'accès au dossier médical n'est pas un droit entièrement transmissible aux héritiers auxquels incombent de motiver leur demande d'accès. Ces motifs sont limités par la loi :

- Connaître les causes du décès
- Faire valoir un droit
- Défendre la mémoire du défunt

La cause du décès ne pose pas de difficultés particulières contrairement aux deux autres motifs possibles.

La demande de l'ayant droit atteint d'une affection de nature héréditaire est a priori recevable dès lors qu'elle se fonde sur le droit à la protection de la santé.

De même, les héritiers peuvent avoir à justifier de l'état de santé du défunt dont la cause du décès pourrait conditionner la garantie d'une assurance.

La démonstration que le patient n'était pas sain d'esprit lors de la rédaction d'une donation ou d'un testament est également une hypothèse de motivation (car pour contracter il faut être sain d'esprit en droit civil).

Enfin, en cas de demande d'accès au dossier pour défendre la mémoire du défunt, il sera nécessaire de préciser le motif de l'attaque publique pour pouvoir répondre au plus juste au demandeur.

La motivation est une condition essentielle puisqu'elle déterminera l'étendue de l'information à transmettre. Il est en conséquence obligatoire pour l'ayant droit de justifier de sa demande d'accès notamment pour les deux motifs autre que la connaissance des cause du décès.

La HAS avait d'ailleurs estimé en juin 2003 que seuls les éléments de nature à apporter la réponse à la question sont communicables. Ceci induisant un tri d'information.

- L'absence de volonté contraire du défunt

Le destinataire de la demande peut refuser l'accès au dossier aux ayants-droit en invoquant l'opposition exprimée par le patient à la condition d'en apporter la preuve, le doute bénéficiant au demandeur.

La HAS recommande en juin 2003 d'établir au sein du dossier médical une fiche spécifique pour le recueil des choix du patient. Ainsi, le médecin pourra ajouter le choix du patient exprimé soit spontanément, soit lorsque le professionnel le lui demande.

Par ailleurs, lorsque le patient s'est opposé à l'accès à son dossier par ses ayants droit, il sera toujours possible pour le médecin de rédiger un certificat médical à l'intention de l'ayant droit mais à la condition stricte que ce document ne comporte aucune information couverte par le secret.

Jurisprudence

L'ayant droit qui ne remplit pas les conditions légales ne dispose d'aucun accès au dossier médical de son parent décédé. Ceci a été jugé par le Conseil d'Etat en 2008.

En effet une jeune femme, psychologue de profession, souhaitait accéder au dossier de sa mère 14 ans après son décès, afin de pouvoir faire un deuil nécessaire au regard de sa profession et des patients qu'elle traitait lorsqu'ils avaient eux-mêmes perdu un proche. Les arguments invoqués par la demanderesse bien que posant un éventuel doute sur la cause du décès de sa mère, n'arguaient d'aucun préjudice (moral) et ne remplissaient par conséquent aucun des critères imposés par l'article L1110-4 du code de la santé publique. Cette jeune femme ayant droit ne pouvait en aucun cas accéder au dossier de sa mère. (arrêt de la CA de Bordeaux 14 nov. 2008)

Recommandations

- **vérifier l'identité du demandeur et sa qualité d'ayant droit**
- **vérifier la motivation de la demande**
- **vérifier l'absence d'opposition du défunt auprès de service**
- **ne donner qu'un accès partiel aux ayants droit : ne sont communicables aux ayants droit que les éléments de nature à apporter la réponse à leur question**

Textes de références

- *Article L. 1110-4 du CSP*
- *Article L. 1110-7 du CSP*
- *Article 730 code civil*
- CADA avis du 22 février 2007 (séance n° 200065402, Directeur du CH de La Rochelle),
- CADA avis du 12 janvier 2012, n°20120019 – ND (documents nécessaires afin de prouver la qualité d'ayant droit)
- Recueil annuel des principaux avis de la CADA depuis 2007
- *Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès*
- *Recommandation HAS juin - Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations, juin 2003*
- *Recommandation HAS janvier 2004 pour la pratique clinique – accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement annexées à l'arrêté du 5 mars 2004*

Informations pratiques sur le droit des successions

1. Répartition de la succession en l'absence de testament

La répartition selon le code civil se fait par **ordre** et par **degré** de parenté. Ce qui signifie qu'on vérifie d'abord qu'il n'existe aucune personne dans un ordre avant de passer à l'ordre suivant. Dans un même ordre, le degré le plus proche prime le degré suivant. A degré égal la répartition se fait par tête.

2. Qu'est-ce qu'un ordre successoral ?

Il s'agit d'un groupe de personnes habiles à se porter héritiers d'une autre. Ce groupe est déterminé en fonction des **liens familiaux** avec le défunt. Il existe **6 ordres** de successibles, chaque ordre (appelé à hériter) exclu les personnes figurant dans l'ordre suivant.

3. Quel est l'ordre des successibles ?

1 ^{er} ordre	les descendants (degré : 1 ^e enfants – légitimes et ou adultérins, 2 ^e petits-enfants, 3 ^e arrière-petits enfants) le conjoint survivant *
2 ^e ordre	les ascendants privilégiés (degré : 1 ^e les pères et mères) et les collatéraux privilégiés (degré : 2 ^e les frères et soeurs, et leurs descendants : 3 ^e neveux, nièces et 4 ^e petits-neveux, petites nièces).
3 ^e ordre	tous les ascendants (degré : 2 ^e grands-parents, 3 ^e oncles et tantes, 4 ^e cousins germains)
4 ^e ordre	conjoint survivant
5 ^e ordre	les collatéraux ordinaires : tous les autres parents jusqu'au 6^e degré dans chaque branche (degré : 3 ^e arrière-grands-parents, 4 ^e grands-oncles, grandes-tantes...)
6 ^e ordre	l'Etat

**Depuis le 1^{er} juillet 2002 : Le conjoint survivant passe avant les frères et soeurs.*

A quoi servent les degrés de parenté ?

Ils servent à déterminer si une personne peut être appelée à la succession d'une autre.
En effet à moins que le défunt soit un mineur de moins de 16 ans ou un incapable, la dévolution s'arrête au 6^e degré.
En ce qui concerne les incapables, il est possible de leur succéder jusqu'au 12^e degré.

5. Comment calculer les degrés de parenté ?

En **ligne directe** (ascendants / descendants) : le degré se calcule en comptant le nombre de générations séparant le défunt de la personne appelée à sa succession.
Ainsi entre un père et un fils il y a 1 degré,
entre un grand-père et son petit-fils 2 degrés et ainsi de suite.

En **ligne collatérale**, il faut compter le nombre de personne séparant le défunt de la personne en remontant à l'ascendant commun.
Ainsi un frère et une soeur sont séparés par 2 degrés.
Un oncle et son neveu sont séparés par 3 degrés.
Des cousins germains sont donc séparés par 4 degrés...

6. Qu'est ce qu'une ligne ou une branche ?

Il s'agit de tous les membres de votre famille reliés à vous par un de vos parents, c'est pourquoi on parle de ligne **paternelle** ou **maternelle**.

7. Qu'est ce que la fente ?

La **fente** est un mécanisme juridique qui permet de répartir la succession entre les lignes maternelle et paternelle.
La fente s'effectue toujours dans **les 3e ordre** (ascendants) **et 5e ordre** (collatéraux ordin.).
Mais il arrive qu'on y recoure aussi dans **le 2e ordre** quand **tous les frères et soeurs ne sont pas du même lit**.
On parle alors de frères utérins (par la mère), de frères consanguins (par le père) ou de frères germains (même père et même mère).

8. Qu'est ce que la représentation ?

C'est une dérogation à la règle selon laquelle dans un même ordre le degré de parenté le plus proche exclu le degré suivant.

La représentation est une fiction juridique qui a vocation à restaurer l'ordre logique des décès. (Des héritiers du défunt viennent à sa succession à la place d'un de leurs ascendants décédé antérieurement)

On dit alors que la répartition se fait **par souche** et non plus par tête.

On parle de **souche** lorsque la succession d'un ascendant se répartit en fonction du nombre d'enfants vivants ou représentés.

Ainsi, si vous avez un frère et que vous décédez avant votre père, vos enfants à son décès prendront la part qui aurait dû vous revenir dans sa succession. Vos enfants recueilleront donc la 1/2 de l'actif successoral et votre frère prendra l'autre 1/2.

9. Existe-t-il une différence entre les filiations légitime et naturelle ?

Non depuis 1972 il n'existe plus aucune différence entre les filiations légitimes, adoptives ou les filiations naturelles, en ce qui concerne les vocations successorales.

La seule exception à ce principe d'égalité des filiations, concerne les **enfants adultérins** dont *l'auteur se trouvait au moment de leur conception dans les liens du mariage*.

Les droits de ces enfants adultérins ne sont réduits que s'ils sont en concours :

- avec les enfants issus du mariage au cours duquel l'adultère s'est produit,
- ou avec le conjoint victime de cet adultère.

Dans tous les autres cas leurs droits sont strictement identiques à ceux des autres enfants.

Depuis la loi du 3 déc. 2001, la loi ne distingue plus entre les enfants légitimes et les enfants adultérins. Désormais, les enfants adultérins sont dotés des mêmes droits que les enfants légitimes (applicable à toutes successions encore ouvertes même celles ouvertes avant la nouvelle loi).

10. Qu'est-ce qu'un héritier réservataire ?

Il s'agit d'une personne que vous ne pouvez pas déshériter. Une fraction de votre patrimoine, lui est réservée par la loi : la **réserve**. Toute disposition contraire sera annulée. La réserve doit être transmise libre de toute charge.

Les héritiers réservataires sont uniquement vos **descendants** et vos **ascendants**.

11. Qu'est-ce que la quotité disponible ?

Il s'agit de la fraction de votre patrimoine dont vous pouvez disposer librement et attribuer à la personne de votre choix. La **quotité disponible** (QD) s'oppose à la réserve.

L'accès au dossier médical du patient par le médecin désigné par le patient

Dispositif juridique

- **Le cas du médecin prescripteur de l'hospitalisation :**

L'article L1112-1 du CSP dispose que les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations (celles détenues par les établissements de santé auxquelles le patient peut lui-même accéder).

Cependant, l'article R1112-4 du CSP prévoit que « Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès »

Dès lors, il est nécessaire que le patient ait donné son accord avant toute transmission au médecin qui l'a dirigé vers l'établissement de santé. Il s'agit ici d'une dérogation au secret professionnel car entre le patient et le médecin prescripteur il n'y a plus, au sens de la loi de lien thérapeutique. Celui-ci est passé aux mains de l'équipe hospitalière seule « responsable de la prise en charge du patient. Par ailleurs, il est tout à fait possible que le patient (détenteur du droit au choix de son médecin) ne souhaite pas ou plus avoir de lien avec le médecin qui lui a prescrit l'hospitalisation.

Aussi, si l'établissement ne respecte pas cette procédure il faudra solliciter le patient pour obtenir son consentement à l'accès par le médecin prescripteur aux informations relatives à sa situation de santé. Dans le cas contraire et sans obtention du consentement du patient, l'établissement commettra une violation du secret professionnel au sens de l'article L1110-4 du CSP et 226-13 de code pénal.

Cette infraction s'applique aussi au médecin qui tente d'obtenir ces informations ou qui les obtient en violation du dispositif légal et réglementaire.

Le médecin prescripteur non autorisé par le patient ne peut en aucun cas exiger ou revendiquer l'obtention de ces informations.

- **Le cas du médecin désigné par le patient**

Le patient peut désigner un médecin chargé de recevoir son dossier médical (article L 1111-7 alinéa 2 du CSP).

Quelque soit la situation, patient peut désigner tout autre médecin pour obtenir un autre avis, ou des explications, ou changer de médecin traitant ou simplement se faire hospitaliser dans une autre ville ... dans tous ces cas la loi ne prévoyant aucun accès direct entre professionnels de structure de soins différentes sans l'accord du patient. Celui-ci doit autoriser le médecin détenteur de ses informations de santé à les communiquer à celui qu'il aura désigné.

Dans tous les cas la désignation est soit orale soit écrite. C'est à l'établissement de choisir les modalités de mise en œuvre.

Recommandations

- Poser la bonne question au patient lors de son admission (quel est le médecin que vous souhaitez voir informer de votre situation ?) la seule question de quel est votre médecin référent ? n'est pas suffisante car elle n'implique pas que celui ce médecin sera tenu informé de la situation de santé du patient et qu'il pourra accéder à son dossier.
- Faire remplir une fiche par le patient désignant le ou les médecins qu'il autorisé à accéder à ces informations

Textes de références

- L'article L1112-1 du CSP
- L'article R1112-4 du CSP
- L'article L1110-4 du CSP
- Référentiels Anaes (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.

Les informations communicables lors de la demande d'accès au dossier

L'article L1111-7 du CSP vise les informations formalisées, c'est-à-dire pour lesquelles le professionnel a procédé à une mise en forme minimale, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels 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,**
- ♦ à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers

Cette liste n'est pas limitative et comprend l'ensemble des informations intégrées dans le dossier médical du patient.

Ainsi, dans l'article R1112-2 du CSP qui décrit la composition et la structuration du dossier (cf. fiche composition du dossier médical) précise clairement que les informations communicables sont celles intégrant le 1° et le 2° de cet article :

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. **Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :**

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

...

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

...

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°. »

Sont, en revanche, expressément exclues des deux textes, les informations qui concerneraient des tiers ou recueillies auprès de tiers extérieurs à la prise en charge thérapeutique.

• **Précisions :**

L'ensemble des informations citées dans ces textes sont communicables au demandeur.

Toutefois selon la qualité du demandeur, il sera obligatoire de trier au sein des informations communicables celles qui correspondront au droit d'accès de chacun. Notamment en ce qui concerne les ayants droits. (cf fiche accès aux ayants droit)

La notion d'informations formalisées

La loi ne précise pas ce qu'est une information formalisée. Mais la HAS a précisé, dans ses recommandations de février 2004 qu' :

« Il s'agit des informations auxquelles est donné un support écrit avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles. Ces informations sont destinées à être réunies dans ce qu'il est habituel d'appeler le dossier de la personne. »

- **Précisions** : La non-communication d'informations que la loi et le règlement ont rendues directement accessibles est constitutive d'une faute qui peut être qualifiée de rétention abusive et susceptible d'être indemnisée au titre d'un préjudice moral. Aucun professionnel ne peut juridiquement décider de ce qui sera communicable ou pas au patient. Cette compétence relève du seul législateur.

Jurisprudence

Dans un arrêt de cour administrative d'appel, le juge a confirmé le caractère communicable au patient des notes manuscrites du médecin dès lors qu'elles ont contribué à la prise en charge, notamment à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement. Le fait que le dossier soit tenu manuscrit n'enlève rien à la qualité d'informations formalisées. (CAA de Paris, 30 septembre 2004, CH d'Orsay).

Le juge vérifie également que les éléments réclamés par un demandeur (autorisé) correspondent à une information formalisée. Ainsi, il a été jugé que des échantillons de matière organique prélevés sur le corps d'un patient décédé ne pouvaient être transmis à sa veuve, n'étant pas analysés comme des informations formalisées (Arrêt de la CAA de Paris, 13 février 2008 Contiella).

Par ailleurs, le juge s'est déjà prononcé sur le préjudice moral d'un ayant droit du fait de la communication incomplète du dossier médical. Ce demandeur avait pu constater lors d'une expertise qu'il n'avait pas accès aux documents nécessaires lors de sa première demande (CAA de Marseille, 13 mars 2008, Centre hospitalier universitaire de Nice)

Recommandations

- **Les informations communicables doivent être tenues à jour régulièrement**
- **Les informations sont intégrées directement dans le dossier médical**
- **Le dossier est renseigné de manière manuscrite ou informatique sans aucune influence sur la caractère communicable**

Textes de références

- *Article L1111-7 du CSP*
- *Article R1111-2 du CSP*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004*
- *Référentiels ANAES (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.*

Les informations non communicables au patient : information émanant des tiers ou concernant ces tiers

Dispositif juridique

Parmi les données de santé, le patient n'est pas autorisé à accéder aux informations non communicables. Celles-ci sont définies par la loi et le règlement (article L1111-7 et R1111-2 du CSP) comme étant :

- Les informations intégrées au dossier médical mais non encore formalisées
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Les éléments inaccessibles sont donc les écrits qui impliquent les personnes qui n'interviennent pas dans la prise en charge thérapeutique.

A titre d'exemples :

- La révélation par écrit d'une situation de maltraitance par un membre de la famille n'est pas communicable à ce dernier.
- La révélation d'une conduite addictive ou toxicomane communiquée par un membre de la famille ou un ami du patient.
- La révélation d'un conflit familial par une personne proche du patient.
- Mais aussi, les informations qu'une mère auraient pu confier sur l'attitude démissionnaire du père de son enfant ne sont pas communicables au père s'il souhaite accéder au dossier de son enfant.

Jurisprudence

Le juge s'est déjà prononcé sur certaines informations relative à des tiers et non communicables. Aussi, n'est pas communicable la demande d'un tiers relative à l'hospitalisation sans consentement d'un patient dans un établissement public de santé mentale. Si le tiers est à l'origine de l'hospitalisation il n'intervient pas dans la prise en charge médicale du patient. Dès lors le directeur du centre doit refuser la communication de tout élément permettant l'identification de l'auteur de la demande d'hospitalisation. (CAA de Nantes, 7 octobre 1999, Clémence)

De même la CADA s'est prononcée récemment en 2006 sur ce point : elle énonce que :

- d'une part, doit être regardée comme tiers au sens de la loi toute personne autre que le malade.
- Et d'autre part, la communication d'éléments relevant de tiers tels que la demande de HDT, ne peut être réservée qu'au tiers en application de l'article 6 de la loi du 17/07/78. En effet cette loi dispose que sont communicables qu'à l'intéressé les documents (...) faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice (avis du 11 mai 2006, CH de Blain n° 20062245)

Enfin un avis récent de la CADA, précise que des photos prises d'un enfant né sans vie à titre professionnel ne font pas partie du dossier médical au titre des 1° et 2° de l'article R1112-2

du CSP. Dès lors ces documents ne sont pas communicables. (Avis du 18 avril 2007, CHI de Châtillon-sur-Seine et de Montbard)

Recommandations

- Les informations non communicables doivent être distinguées dans leur classement dans le dossier médical
- Les moyens de distinction possibles relèvent de la tenue du dossier médical : intercalaire de couleur, pochette identifiable, feuille de couleur spécifiquement réservée à la rédaction d'informations non communicables.
- Les informations non communicables doivent être retirées systématiquement du dossier lors d'une demande de communication soit par le médecin si elles doivent être triées, soit par la secrétaire sous la responsabilité du médecin si elles sont d'emblée identifiables.

Textes de références

- Article L1111-7 du CSP
- Article R1111-2 du CSP
- Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004
- Référentiel ANAES (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.

Les informations non communicables au patient : les notes personnelles

Définition

Les notes personnelles ne sont pas définies par la loi.

Seule la Haute Autorité de Santé (HAS) a précisé en juin 2003 qu'il s'agit de notes prises par le professionnel pour son seul usage, non transmises à des tiers, professionnels ou non, détruites lorsque le professionnel cesse d'intervenir dans la prise en charge et si elles n'ont pas contribué à cette prise en charge. Ces notes ne sont pas accessibles aux patients ni à des tiers, hors procédure judiciaire ».

Par ailleurs dans ses recommandations de février 2004, elle ajoute :

« c'est dans la mesure où certaines des notes des professionnels de santé ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou, le cas échéant, échangées parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'amélioration et au suivi des diagnostics, ou de traitement ou à une action de prévention, qu'elles peuvent être considérées comme « personnelles » et ne pas être communiquées : elles sont alors intransmissibles et inaccessibles à la personne concernée comme aux tiers, professionnels ou non ».

Dispositif

Les notes personnelles ne sont destinées qu'au seul usage du professionnel de santé.

Dès lors, n'étant pas communicables au patient, elles n'ont pas à figurer dans le dossier médical du patient.

A titre d'exemples :

Les notes préparatoires ou personnelles : annotations, interrogations, hypothèses de travail, notes d'un étudiant prises en réunion, notes prises dans le cadre d'une étude comparative ...réflexions personnelles d'un médecin.

Jurisprudence

Le juge a eu l'occasion de se prononcer sur la transmission ou non des notes personnelles. Dans un arrêt de cour administrative d'appel, il a confirmé le caractère non communicable au patient des notes personnelles, à la différence des notes manuscrites du médecin qui, elles, ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement. (CAA de Paris du 30 septembre 2004, CH d'Orsay)

Recommandations

- Les notes personnelles d'un professionnel ne doivent en aucun cas demeurer dans le dossier médical : elles ne font pas partie du dossier
- Les notes font partie intégrante des documents personnels ou archives privées du professionnel et doivent être prises à part sur un document différencié du dossier médical.
- Si elles se trouvaient dans le dossier elles doivent être retirées avant l'archivage (ou pré-archivage selon les organisations) et avant toutes communication du dossier
- Une lecture médicale attentive du dossier s'impose pour vérifier l'absence de notes personnelles

Textes de références

- *Code de la santé : néant*
- *Référentiels Anaes (HAS) juin 2003 Le dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations.*
- *Référentiels Anaes (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.*

Modalité d'accès au dossier : la gestion de la demande

Dispositif juridique

- **Le droit d'accéder aux informations personnelles de santé**

La loi impose une obligation pour tous les établissements de santé publics ou privés, de communiquer aux patients sur leur demande les informations médicales les concernant :

Article L1112-1 du CSP

« Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article L. 1111-7 l'accès est direct ou indirect au choix demandeur (...) »

Article R1112-1

« Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication des informations définies à l'article L. 1111-7.(...) »

Il est donc de la responsabilité de la direction de l'établissement de tout mettre en œuvre pour organiser dans les termes de la loi et le règlement la communication du dossier médical à toute personne bénéficiaire de ce droit d'accès, citées à L1111-7 du CSP (cf fiches sur les bénéficiaires)

- **L'information préalable du patient sur les modalités d'accès**

Par ailleurs, plusieurs textes et références précisent que l'établissement doit informer les usagers des modalités d'accès au dossier médical.

L'article R1112-9 dispose :

« Les conditions d'accès aux informations de santé mentionnées à l'article L. 1111-7 ainsi que leur durée de conservation et les modalités de cette conservation sont mentionnées dans le livret d'accueil prévu à l'article L. 1112-2. Ces informations sont également fournies au patient reçu en consultation externe ou accueilli au service des urgences.

L'HAS dans ses recommandations de 2004) ainsi que l'arrêté du 5 mars 2004 préconisent que cette information doit en priorité se faire par un paragraphe spécifique intégré au livret d'accueil remis au patient lors de sa prise en charge. En effet, aux termes de l'article 2 II-3 de l'arrêté du 15 avril 2008, le livret d'accueil « comporte les indications concernant les conditions d'accès aux informations de santé mentionnées à l'article L1111-7 du CSP. »

Dans ce cadre il est aussi recommander de proposer joint au livret d'accueil un formulaire simple, clair, précis reprenant l'ensemble des points essentiels pour effectuer une demande d'accès.

- **La demande par le patient / tuteur/ mandataire / parents / autres professionnels autorisés (modalités)**

La demande peut être formulée oralement ou par écrit. La loi n'impose pas une modalité particulière puis qu'elle ne précise rien sur ce point.

L'arrêté du 5 mars 2004 et l'HAS rappellent que la plupart des demandes peuvent se faire oralement dans le cadre de la relation de soins. Il conviendra d'y répondre.

Toutefois, dans les cas où la demande orale n'est pas adaptée un écrit est demandé.

Il est essentiel d'accuser réception de la demande.

Cet accusé peut se faire par tous moyens même si la demande est imprécise. L'établissement de santé doit donner suite à toute demande par une réponse adaptée à chaque situation.

Pour les établissements de santé, la demande est adressée au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet.

Le nom de cette personne est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés.

- **Il est essentiel qu'un référent soit nommé afin de suivre l'ensemble de la procédure d'accès et de la mener à bien.**

Dans le cas où la demande serait adressée directement à un hébergeur de données de santé, l'accord de l'établissement est nécessaire (cf. a fiche hébergement auprès d'un prestataire)

•• Rôle du receveur de la demande :

- il doit dans les meilleurs délais accuser réception de la demande.
- il doit avant toute communication du dossier et dans tous les cas, procéder à la vérification de l'identité du demandeur et de sa qualité (ex pour les ayants droits ou le mandataire...). Si le demandeur est un médecin désigné par le patient, il est nécessaire de s'informer de sa qualité de médecin auprès de l'ordre départemental.

- Aucune demande ne peut être satisfaite sans la certitude de l'identité du demandeur et la qualité du demandeur.

Dès lors, les pièces nécessaires à la justification de l'identité et de la qualité doivent être demandées, et l'établissement doit déterminer les pièces qu'il souhaite obtenir à cet effet :

- ex : pour l'identité de la personne : carte d'identité nationale, titre de séjour, livret de famille...Ainsi, en cas de demande postale, la photocopie recto verso d'une pièce d'identité.

Pour la justification de la qualité de la personne il est nécessaire de demander la production des documents officiels : Document notarié, décision de justice, mandat civil...

- Il doit préciser à la personne que sa demande sera facilitée si elle précise :

- la nature de la demande (l'information souhaitée),
- les périodes de prise en charge (si possible)
- les modalités de communication du dossier (consultation sur place envoi postal)

- Il doit :

- proposer l'accompagnement médical lors de la consultation en rappelant que cet accompagnement n'est pas obligatoire,
- indiquer si le médecin responsable du dossier recommande un accompagnement par un tiers lors de la consultation du dossier,
- préciser le coût de l'accès au dossier lors que celui-ci est demandé par courrier.

En cas de demande imprécise

Si la personne ne précise pas dans sa demande les modalités de communication qu'elle souhaite, ou si elle ne répond pas aux demandes de précisions de l'établissement, celui-ci l'informe de la procédure par défaut mise en place dans ces conditions. (cf fiche procédure par défaut)

Une fois les vérifications obligatoires effectuées, le référent transmet la demande au service concerné.

Il est à noter que si la demande est directement envoyée par l'utilisateur dans le service de prise en charge, les responsables du service (cadre ou chef de service ou la secrétaire médicale sous la responsabilité du médecin) doivent retransmettre sans délais la demande à la personne référente pour effectuer les vérifications nécessaires et obligatoires.

Le référent suit la demande d'accès et s'informe des délais de communication. Il rappelle si besoin les règles de communication

•• Rôle du médecin dans le service :

Le médecin responsable ou celui qu'il aura désigné pour cette tâche recueille le dossier afin de le lire le trier et extraire les informations communicables de celles qui ne le sont pas.

Il organise avec son secrétariat la consultation après avoir donné ses recommandations pour un accompagnement, ou transmet les documents sous pli confidentiel (listés sur un bordereau)

- soit à son secrétariat, pour envoi direct, dans cas le secrétariat fait par à la personne référente de la date d'envoi du dossier aux fins d'information et de statistiques
- soit au référent pour envoi au demandeur de la direction

••• Les aspects particuliers du rôle du médecin

Lorsque le médecin souhaite subordonner la consultation des informations à la présence d'un médecin (hypothèse qui doit rester exceptionnelle et limitée aux seules informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement), il convient :

- de demander au patient de désigner le médecin dont il souhaite être accompagné ;
- de lui préciser qu'il peut s'opposer à cet accompagnement, mais que dans cette hypothèse la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) sera saisie et que son avis s'imposera. (cf. fiche accès au dossier pour les patients hospitalisés sous contrainte)

Recommandations

- **Nommer un référent qui aura notamment une formation dans ce domaine et qui devra impérativement suivre l'ensemble de la procédure d'accès et accompagner les professionnels dans leurs rôles et responsabilités vis-à-vis du patient**
- **Proposer un formulaire d'accès aux usagers joint au livret d'accueil**
- **Vérifier la mise à jour du livret d'accueil**
- **Accuser réception de la demande quelque soit la modalité de la demande : orale ou écrite : tenue d'un registre**

Textes de références

- *Article L1111-7 du CSP*
- *Article R1111-1 du CSP*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004 Référentiels ANAES (HAS) février 2004 Dossier du patient : réglementation et recommandations : accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement.*

Modalités de communication : la procédure par défaut

Dispositif juridique

Cette procédure doit être prévue par l'établissement et annoncée dans les documents d'information (livret d'accueil, imprimé spécifique), afin de porter à la connaissance des usagers la procédure qui sera mise en œuvre dès lors que le demandeur n'exprime pas de choix entre les différentes modalités de communication du dossier.

Cette situation se présente notamment lorsque, après avoir reçu la demande d'accès au dossier imprécise, l'établissement recontacte le patient pour connaître ses souhaits et que ce dernier ne répond pas dans les délais impartis pour accéder aux documents.

Dans ces conditions l'établissement doit :

- Informer le patient des différentes modalités de communication dont il dispose et de celle utilisée par défaut si le patient ne répond pas
- privilégier la consultation sur place avec accompagnement médical personnalisé.
- si le patient ne précise pas les documents auxquels il souhaite accéder ni même s'il souhaite accéder à l'ensemble du dossier, l'établissement peut définir une liste minimum de documents à transmettre en se référant à la liste établie par l'article R1112-2 du CSP (cf : fiche composition du dossier)

Recommandations

- Prévoir la procédure par défaut dans les documents d'information
- Informer le patient de sa mise en œuvre

Textes de références

- *Article R. 1111-2 du CSP*
- *Article R 1111-3 du CSP*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004*

Modalités d'accès au dossier : la consultation sur place

Dispositif juridique

Le patient a le choix du mode de communication des données relatives à sa santé.

En effet, aux termes de l'article R. 1111-2 du Code de la santé publique, le dispositif est le suivant :

« A son choix, le demandeur obtient du professionnel de santé, de l'établissement de santé ou de l'hébergeur communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents ».

La réglementation prévoit que l'établissement doit obligatoirement proposer un accompagnement médical personnalisé afin d'aider le demandeur dans sa lecture.

Cet accompagnement est subordonné au choix du demandeur.

- Si le demandeur refuse l'accompagnement, la procédure d'accès sera mise en œuvre. La consultation sur place sera organisée par le service médical
- Si le demandeur accepte l'accompagnement, la consultation sera organisée dans le service de manière à concorder avec la présence du médecin. Il est recommandé de proposer un médecin compétent dans la discipline concernée par le dossier, afin d'apporter les explications adaptées.

La réglementation prévoit également que le médecin ayant la charge de communiquer le dossier, puisse recommander au demandeur de se faire accompagner d'un tiers de son choix au cas où la lecture de certaines informations pourraient paraître délicates. Le demandeur doit se prononcer dans le délai de communication du dossier

- Soit le demandeur refuse ou s'il ne répond pas dans le délai, les informations lui seront communiquées
- Soit le demandeur accepte et les informations lui seront communiquées lors de la consultation en présence du tiers, dans ce cas il est recommandé à l'établissement d'attirer l'attention du demandeur sur quelques points :
 - Le tiers accompagnant aura accès à des informations strictement personnelles
 - Le tiers doit respecter la vie privée du demandeur et ne pas divulguer les informations dont il aura eu connaissance.

Précisions : quelque soit le choix du demandeur dans les modalités d'accès, son suivi doit être assuré si besoin.

L'organisation de la consultation :

Les conditions matérielles de l'accès au dossier doivent être prévues par l'établissement afin d'organiser au mieux la consultation.

Ex : une salle, un bureau, le bureau du médecin en cas d'accompagnement médical, est être mis à disposition pour cette consultation ; les conditions d'accès dans toute la confidentialité doivent impérativement être respectées.

La consultation sur place est gratuite, mais l'établissement doit prévoir les possibilités de reproduction des documents du dossier dès lors que le demandeur souhaite en obtenir une copie à l'issue de sa consultation.

Les coûts de la reproduction devront être fournis lors de cette demande.

Recommandations

- **Privilégier un médecin de la discipline de prise en charge pour accompagner le demandeur**
- **Privilégier le médecin ayant prise en charge le dossier**
- **Prévoir une présence dans la salle ou à proximité pour répondre à toute demande administrative de l'utilisateur lors que l'accès au dossier**
- **Rappeler au demandeur que le dossier doit être rendu dans son intégralité, des copies sont possibles s'il le souhaite et l'informer des tarifs de reproduction**
- **Prévoir des locaux adaptés**
- **Vérifier le dossier avant accès puis après si le patient refuse la présence d'un personnel dans la salle lors de la consultation**
- **Prévoir un professionnel pour assurer le suivi de l'utilisateur la consultation si besoin**

Textes de références

- *Article L111-7 du CSP*
- *Article R. 1111-2 du CSP*
- *Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004*

Modalités de communication : les délais

Dispositif juridique

La loi fixe un délai minimal et maximal de communication qui contraint aussi bien le patient que l'établissement de santé.

L'article L. 1111-7 du code de la santé publique prévoit, en effet, que :

« (Le demandeur) peut accéder (aux informations relatives à sa santé) [...] au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa »

- Le délai minimal

Le délai minimal de 48 heures a été posé afin de laisser la possibilité au demandeur de réfléchir au cas où il se rétracterait.

Le patient ne peut pas prétendre à une communication immédiate de son dossier. Mais ceci n'exclut pas que le patient formule une demande d'accès alors qu'il est en cours de prise en charge.

Ce délai permet par ailleurs, au détenteur des données de bénéficier d'un temps suffisant pour réunir les informations demandées. Ce laps de temps est d'autant plus nécessaire que les informations matérielles sont généralement localisées en différents lieux de l'établissement.

- Le délai maximal

Le délai de réponse de l'établissement de santé à une demande de communication du dossier médical varie principalement en fonction de l'ancienneté des données considérées :

- si les données de santé datent de moins de cinq ans (date du dernier acte médical ou de la clôture du dossier) :
 - la communication doit être réalisée dans un délai de huit jours à compter de la date de réception de la demande. Ce délai court à compter de la date de réception de la demande.
- si les données de santé datent de plus de cinq ans (date à laquelle l'information a été constituée à savoir la date de la dernière information médicale ou date de clôture du dossier ou si la CDHP^v est saisie dans la cadre de la procédure prévue pour les patients hospitalisés sous contrainte ou ayant été hospitalisés sous contrainte) :
 -
 - Un délai supplémentaire est accordé à l'établissement puisque le délai est porté à deux mois. Cette période de 5 ans court à compter de la date à laquelle l'information a été constituée définitivement, autrement dit à la date de clôture du dossier.

Par ailleurs, dans la mesure où le référent de l'établissement (responsable de la procédure d'accès) doit avoir la certitude de l'identité du demandeur, le délai d'accès (8 jours ou 2 mois) ne pourra courir qu'à partir du moment où la demande sera complète.

Jurisprudence

Le retard dans la communication peut être réparé par le juge civil ou administratif dès lors que le patient démontre que l'inobservation du délai légal lui a causé un préjudice.

En l'espèce, la Cour a rejeté la demande de réparation pour préjudice moral en raison de l'absence de lien entre le délai de communication et le prétendu préjudice subi par une mère et tiré d'une décision de placement de son enfant en famille d'accueil jugée inappropriée par la requérante. (CAA Bordeaux, 20 juin 2006, Madame Y. contre CHS de Lannemezan n° 04BX01908).

Ainsi, par principe il est rappelé que les délais doivent être respectés et que tout retard implique une explication de la part de l'établissement

Recommandations

- Ne faire démarrer les délais de communication que dès lors que la demande d'accès est complète
- informer les usagers que la demande ne sera satisfaite que dès lors que l'identité du demandeur sera certaine
- engager les recherches du dossier dès la réception de la demande afin de préparer l'accès une fois la demande complète si besoin
- Informer l'utilisateur du retard possible dans l'accès au dossier médical soit par courrier, soit par appel téléphonique, ou autres moyens de communication envisageables
- Si les délais ne peuvent être respectés ou la demande insatisfaite, l'utilisateur doit être informé de ses voies de recours (saisine de la CRU, saisine de la CADA, du médiateur de la République, CRCI)^{vi}

Textes de références

- Article L. 1111-7 du CSP
- Article R. 1111-1 du CSP
- Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004
- Circulaire du 2009-207 du 3 juillet 2009 relative aux délais de communication des informations de santé concernant la personne

Modalités de communication : les modalités d'envoi

Dispositif juridique

Le patient a le choix du mode de communication des données relatives à sa santé.

En effet, aux termes de l'article R. 1111-2 du Code de la santé publique, le dispositif est le suivant :

« A son choix, le demandeur obtient du professionnel de santé, de l'établissement de santé ou de l'hébergeur communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents »

- Le mode d'envoi des documents préconisé :
 - La transmission par voie postale
- Le patient peut directement demander à recevoir le dossier à son domicile. Dans ces conditions, l'établissement doit proposer au demandeur :
- D'accéder son dossier par le biais d'un médecin choisi par elle-même : le patient peut refuser cette proposition
- En cas de refus par le demandeur, la copie du dossier ou des éléments demandés lui sont envoyés directement,
- Un courrier d'accompagnement est joint à l'envoi du dossier afin d'informer des potentielles difficultés d'interprétation des informations ainsi que des conséquences que pourrait avoir la révélation de certaines informations sur la personne. Le courrier peut préconiser une consultation médicale aux fins d'information en cas de besoin,
- Un bordereau est joint au courrier listant les pièces du dossier en copie
- Les copies du dossier

Les copies sont établies selon les supports utilisés par le praticien ou sur support papier

Le patient peut souhaiter accéder à son dossier sur un support numérisé (CD...) si la technique de l'établissement le permet le dossier peut lui être fourni sous ce format.

Si certains supports utilisés dans l'établissement posent un problème de reproduction (radio) il est proposé une consultation sur place afin que le droit d'accès soit mis en œuvre.

Il est recommandé d'envoyer les copies par lettre recommandée avec avis de réception (garantie de la confidentialité).

Les modalités de communication déconseillées

- Les modes d'envoi posant des difficultés particulières liées au principe du secret professionnel :

- La communication par téléphone :

Il est vivement déconseillé de communiquer par téléphone les informations confidentielles relatives à la santé d'une personne puisque la vérification de l'identité de la personne est impossible.

- La communication par télécopie

La loi n'envisage pas cette modalité qui présente un risque d'atteinte au secret professionnel.

Le risque de divulgation d'informations médicales nominatives est particulièrement élevé lors de la réception des messages, dans la mesure où l'émetteur ne peut pas être certain que le message ait bien été réceptionné par le bon destinataire.

Une simple erreur de numérotation téléphonique enverrait des informations confidentielles à un destinataire non habilité.

- La CNIL indique que le télécopieur n'est pas un moyen de communication sûr pour transmettre des données médicales nominatives. Néanmoins, elle a formulé des mesures de précaution, mais très difficiles à mettre en oeuvre :
 - Les télécopieurs doivent être installés dans un local médical physiquement contrôlé et accessible uniquement au personnel médical et paramédical
 - Les télécopieurs doivent comporter un dispositif ne permettant l'édition des messages qu'après introduction d'un code d'accès personnel
 - Pendant l'émission de messages, le télécopieur doit afficher l'identité du fax d'envoi des documents originaux au destinataire
 - Les destinataires potentiels doivent être préenregistrés dans le carnet d'adresses du fax

Recommandations

- N'utiliser que les modes de communication sans risque et recommandés

Textes de références

- Article R. 1111-2 du CSP
- Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004
- CNIL délibération n° 97-008 du 4 février 1997 portant adoption d'une recommandation sur le traitement des données de santé à caractère personnel

Modalités de communication : le coût

Dispositif juridique

Le dispositif relatif au coût de la communication du dossier médical découle de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique aux termes duquel :

« La consultation sur place est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copie, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents ».

La loi a reconnu la gratuité de la consultation sur place dès lors qu'aucune demande de copie n'a été formulée.

La loi a, en revanche, prévu que la copie des dossiers médicaux soit accompagné d'une facturation des pièces et des frais d'envoi au demandeur.

Ce dispositif s'applique dans son ensemble aux établissements de santé qu'ils soient publics ou privés.

- **Que couvrent les frais ?**

La loi fixe un montant maximal composé des seuls coûts de reproduction et d'envoi.

A cette fin, la HAS recommande de « se limiter au coût du consommable et de l'amortissement du matériel ».

S'agissant des coûts de reproduction, l'arrêté du 1^{er} octobre 2001 a fixé un plafond du montant des frais facturables :

« Lorsque les copies de documents sont délivrées sur les supports papier et électronique cités ci-dessous, les frais [...] autres que le coût d'envoi postal, ne peuvent excéder les montants suivants :

0,18 Euro par page de format A 4 en impression noir et blanc ;

1,83 Euro pour une disquette ;

2,75 Euro pour un cédérom »

S'agissant des coûts éventuels d'envoi, il convient de se référer aux prix pratiqués par les services postaux.

- **La connaissance du coût par le demandeur**

Il est recommandé de faire part du coût de la communication des copies du dossier à l'usager, afin de l'aider à prendre une décision sur sa demande de reproduction de tout ou partie de son dossier.

Il peut être proposé une consultation du dossier sur place, notamment quand le coût de reproduction est important, en recommandant ou non la présence d'une tierce personne. En cas de refus ou d'absence de réponse, les modalités retenues initialement par la personne sont suivies dans le délai prévu par la réglementation.

- **La prise en compte de la capacité financière du demandeur**

La HAS recommande en outre de considérer la situation personnelle des demandeurs démunis afin de leur permettre d'exercer leur droit d'accès aux informations concernant leur santé. Le demandeur devra alors produire un document attestant de ses faibles revenus tel qu'un avis d'imposition.

Recommandations

- L'information sur les coûts de l'accès au dossier médical doit être portée à la connaissance des usagers, par le biais du livret d'accueil
- Un affichage est envisageable dans les lieux communs de l'établissement
- Si un document d'accès au dossier est remis aux usagers avec le livret d'accueil, une information précise doit se retrouver dans ces documents

Textes de références

- Article L. 1111-7 du Code de la santé publique
- Article 2 de l'arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif
- Arrêté du 5 mars 2004 portant recommandations de bonnes pratiques homologuées par l'arrêté du ministre de la santé et de la protection sociale en date du 5 mars 2004

L'accès aux données individuelles et personnelles de santé en cas d'hébergement auprès d'un prestataire

Dispositif juridique

La loi prévoit que les informations relatives à la santé un patient puisse être déposées auprès d'un prestataire extérieur agréé par le ministère de la santé, (hébergeur pour l'information sur support informatique, ou tout autre prestataire pour l'externalisation des informations sur support papier).

Aussi, dans le cas d'informations déposées auprès d'un hébergeur par l'établissement de santé, ce dernier doit donner son accord préalablement à toute communication des informations par l'hébergeur.

Si l'hébergeur se voit refuser de communiquer au demandeur des informations par l'établissement, ce dernier doit assurer l'accès au dossier dans le respect des dispositions applicables au demandeur.

Les cas suivants, sont ceux pour lesquels la plus grande vigilance est à opérer :

- La demande d'accès par l'autorité parentale
- La demande d'accès pour un patient hospitalisée ou ayant été hospitalisé sans consentement
- La demande d'accès par les ayants-droit

L'accès par le demandeur peut prendre la forme d'un transfert des données vers l'établissement de santé qui organisera la communication selon les modalités définies au contrat de prestation.

Recommandations

- **Rappeler au patient que ses données sont hébergées chez un prestataire**
- **Le responsable de l'accès au dossier doit suivre précisément la procédure d'accès auprès du prestataire**

Articles de références

- *Article L1110-4 de la CSP*
- *Article L1111-7 de la CSP*
- *Article L1111-8 de la CSP*

Les voies de recours de l'utilisateur en cas de demande d'accès insatisfaite

Dispositif juridique

Les différentes situations qui peuvent se rencontrer :

- La demande est formulée auprès d'un établissement de santé

Si le dossier n'est pas transmis dans les délais légaux ou si sa communication est refusée pour des motifs qui paraissent injustifiés au demandeur, celui-ci peut solliciter auprès de la direction de l'établissement (ou à la personne responsable des relations avec les usagers) à être mis en relation avec le médiateur médecin qui examinera sa demande et la présentera à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).

- La demande est formulée auprès d'un établissement de santé public ou d'un établissement de santé privé chargé de la gestion d'un service public
 - le demandeur peut saisir [outre la CRU par le biais de la médiation médicale] la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) qui est compétente pour donner son avis :

si le dossier n'a pas été communiqué à l'issue des délais légaux,

ou si, dans les deux mois à compter de la réception du courrier notifiant le refus de communication du dossier par l'établissement, le demandeur juge la décision injustifiée.

⇒ La procédure devant la CADA

Le plaignant dispose alors de deux mois pour saisir la CADA. Passé ce délai, la procédure doit être de nouveau mise en oeuvre par une nouvelle demande du dossier, par le plaignant, auprès de l'établissement de santé.

Les coordonnées de la CADA sont les suivantes :

Commission d'accès aux documents administratifs
35, rue Saint-Dominique - 75007 Paris
tél : 01.42.75.79.99 - www.cada.fr

- le plaignant peut dans le cas d'une prise en charge en soins psychiatriques sans consentement, saisir la Commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) dont relève son établissement d'accueil, si le médecin psychiatre référent lui refuse l'accès direct et qu'il n'accepte pas cette décision.

Les coordonnées des CDSP sont accessibles auprès de chaque Agence régionales de santé (ARS) dont elles relèvent.

-tout plaignant peut également, s'il a effectué préalablement, et en vain, toutes les démarches nécessaires auprès de l'établissement de santé, saisir le Défenseur des droits que l'on peut saisir directement et gratuitement par courrier postal, en rencontrant ses délégués ou par internet. L'ensemble des coordonnées sont accessibles par le lien suivant :

[http://www.defenseurs des droits.fr](http://www.defenseurs-des-droits.fr)

Recommandations

- Afin de prévenir tout conflit informer l'utilisateur du retard possible dans l'accès au dossier médical soit par courrier, soit par appel téléphonique, ou autres moyens de communication envisageables
- Si les délais ne peuvent être respectés ou la demande insatisfaite, l'utilisateur doit être informé de ses voies de recours (saisine de la CRU, saisine de la CADA, du médiateur de la République, CRCI)
- Vérifier que l'information sur les voies de recours soit lisible dans le livret d'accueil

Textes de références

- Circulaire du 2009-207 du 3 juillet 2009 relative aux délais de communication des informations de santé concernant la personne

ⁱ Se reporter sur ce point à la fiche technique relative au droit au secret accordé aux mineurs

ⁱⁱ Idem

ⁱⁱⁱ 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. JO du 6 /07/2011

^{iv} il ne s'agira ici que de la partie du dossier constitué lors des soins psychiatriques sans consentement

^v CDHP, commission départementale des hospitalisations psychiatriques

^{vi} Cette information est tout particulièrement précisée dans la circulaire du 2009-207 du 3 juillet 2009 relative aux délais de communication des informations de santé concernant la personne

