Voici la fiche : elle contient **l'intégralité de la nouvelle ronéo, ainsi que les ajouts du diaporama** ! Elle est juste un peu plus jolie et mieux arrangée :) **En violet : les nouveautés de la ronéo** – En bleu clair : les ajouts du diaporama ! Je vous conseille de vous baser sur cette fiche pour vos révisions, car le Pr. a validé la ronéo, mais il voulait aussi que vous lisiez son diapo – **alors au moins là, vous avez tout !**

Nous allons traiter du droit à la santé et particulièrement de la charte du patient hospitalisé.

LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE & LES DROITS DU MALADE

INTRODUCTION :

1. En France, les droits des malades ont été progressivement reconnus au cours du 20ème siècle. Ils sont apparus le plus souvent au détour d'une loi ponctuelle, d'un décret, d'une décision de justice, d'une circulaire administrative (dans des textes ponctuels et dans la jurisprudence).
   Ils étaient le plus souvent formulés en termes d'obligations pour les professionnels et les établissements de santé, et leur non-respect était rarement sanctionné.

2. La **loi du 4 mars 2002** (loi KOUCHNER) (NEW) vient consacrer les droits des malades, en les inscrivant et les organisant dans un texte solennel.
   La loi reprend des dispositions existant dans les textes ou dégagées par la jurisprudence.
   En même temps, dans un contexte marqué par les exigences de transparence et de respect formulées par les associations de patients, elle innove en considérant/consacrant le malade-personne-usager comme :
   - Acteur, co-auteur de sa prise en charge médicale,
   - Associé au processus de décision dans le système sanitaire : c'est l'institution de la **démocratie sanitaire.**

3. La loi est importante. Ses 126 articles sont d'un abord difficile pour le citoyen. Elle a été modifiée, notamment en 2005 et 2016 (fin de vie). C'est pourquoi, comme ils l'ont fait par 2 fois :

   - En 1974 avec la Charte du malade du 20 septembre 1974 publiée à l'initiative de Madame VEIL, alors ministre de la santé,
   - En 1995, avec la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995, Mme VEIL étant de nouveau ministre,

   Les pouvoirs publics ont souhaité diffuser en 2006, sous la férule de Monsieur BERTRAND, ministre de la santé, un nouveau texte, la Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006.

♥ Cette circulaire ministérielle a un double objectif pédagogique : faire connaître aux personnes malades leurs droits essentiels, et sensibiliser les professionnels des établissements et des professions libérales à leurs obligations.

4. La Charte se présente sous la forme d'un livret de 25 pages accessible au patient. Une affiche destinée à être apposée à la vue du public dans chaque établissement en résume les 11 points principaux. Ce résumé, le livret d'accueil avec le questionnaire de sortie et un contrat d'engagement contre la douleur sont remis au patient dès son admission.
   On note que l'expression personne hospitalisée désigne toute personne prise en charge par un établissement de santé.

Les droits du malade sont établis par la loi et s'appliquent à tout professionnel libéral et de manière générale toute situation dans laquelle se trouve le patient.

La Charte comporte 11 chapitres résumés dans une affiche.

Charte de la personne hospitalisée
Principes généraux

1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2 Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3 L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5 Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6 Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

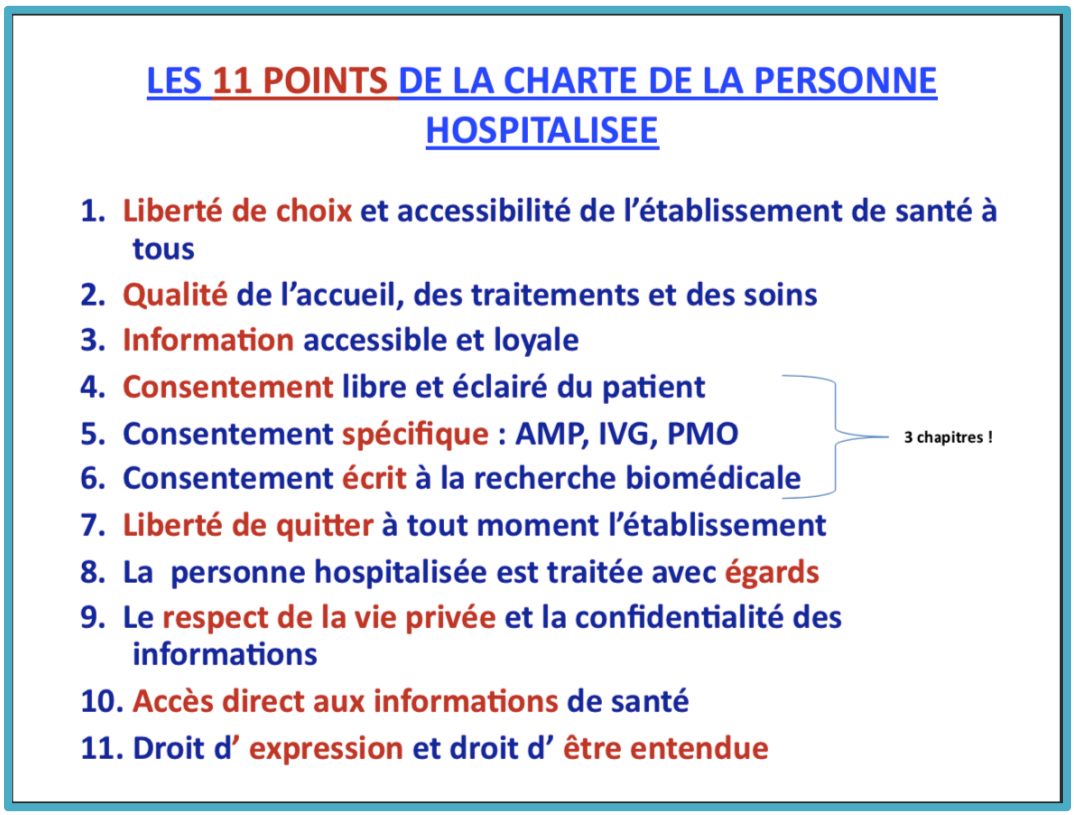
7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8 La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.



Récap' des chapitres de la Charte issu du diapo

Retenez l'importance donnée au consentement (3 chapitres dédiés) !

I. TOUTE PERSONNE EST LIBRE DE CHOISIR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ QUI LA PRENDRA EN CHARGE

Un principe *fondamental de la législation sanitaire*, constamment affirmé depuis la Charte de la médecine libérale de 1927 : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs (…) est un principe fondamental de la législation sanitaire. »

Un principe qui connaît des limites liées à :

✦ La capacité

Un établissement peut faire obstacle à ce libre choix et réorienter le malade :
- En cas d'absence des moyens d'assurer une prise en charge appropriée à l'état du patient
- En cas d'absence de place disponible

✦ La réglementation

L'hospitalisation sans leur consentement des personnes atteintes de troubles mentaux s'effectue dans des établissements spécialisés désignés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) après avis du Préfet du département. De la même manière, l'hospitalisation des détenus ne peut se faire que dans des établissements spécialement habilités.

✦ Le contexte de la situation

La liberté de choisir l'établissement et le praticien doit en effet se concilier avec :

- L'urgence
- L'organisation du service et de l'établissement *(ex : si une patiente demande à être vue exclusivement par une femme médecin et que ce jour là il n'y a que des hommes qui travaillent ; la situation inverse peut aussi se produire (NEW))*
- La délivrance des soins
- Les modalités de remboursement des soins (qui peuvent varier selon que si l'établissement est public ou privé)
- L'évolution de la répartition territoriale des établissements et des professionnels de santé (NEW) : création des hôpitaux de proximité (médecine, soins de suite, consultations, orientation vers le second recours)

+++ NEW +++

La fermeture de services (maternités, chirurgie, blocs opératoires) ou d'établissements, et la diminution du nombre de professionnels de santé libéraux, particulièrement de médecins, sont à l'origine de l'apparition de « déserts médicaux » dans certains territoires.
Le plan des pouvoirs publics « Ma santé 2022 » vise à permettre aux patients d'accéder aux soins, notamment par :

- la création d'**hôpitaux de proximité** qui vont recevoir les patients pour des soins de médecine, et consultations, et orienter les patients vers les établissements adaptés à leurs besoins,
- l'incitation faite aux médecins et professionnels de santé à s'installer dans les zones en tension,
- le développement de nouvelles formes d'exercice (groupements de professionnels, télémédecine…).

Tous les établissements de santé, **publics et privés** sont soumis à des dispositions communes :

☼ Garantir l'égal accès aux soins : refus de toute discrimination en raison de l'état de santé, du handicap, de l'origine, du sexe, de la situation familiale, des opinions politiques, de la religion, de la race, des caractéristiques génétiques.

☼ Mettre en place une Permanence d'Accès aux Soins (PASS) qui aide les personnes qui rencontrent des difficultés sociales et d'ordre administratif (NEW) pour garantir leur accès à la santé.

☼ Assurer la prise en charge du patient ; assurer le diagnostic, la surveillance, le traitement avec ou sans hébergement, **sous forme ambulatoire ou à domicile**, des différentes catégories de patients (malades, blessés, femmes enceintes)

☼ Permettre aux enfants de bénéficier d'un suivi scolaire adapté

- Permettre aux personnes ayant des difficultés de compréhension et de communication (étrangers, sourds, malentendants) de bénéficier d'un soutien ou d'un accompagnement par la famille, les proches, la personne de confiance.

- Participer à la coordination des soins avec les autres établissements et les professionnels de santé

- Garantir la sécurité sanitaire, la loi impose désormais aux établissements de répondre aux demandes de l'ARS qui peut exiger une permanence des soins

- Faciliter l'intervention des associations de bénévoles (depuis la loi du 04/03/2002) pour rencontrer les malades et partager leur temps avec eux, des associations de patients pour aider et soutenir les patients dans leur pathologie (dans le cadre notamment de l'éducation thérapeutique), des associations de bénévoles formés à **l'accompagnement de la fin de vie**.
  NB : les associations sont agréées par l'ARS et passent une convention avec l'établissement. La liste figure dans le livret d'accueil.

- Assurer, en cas d'impossibilité de leur propre service d'urgence d'admettre un patient nécessitant une hospitalisation en urgence, le transfert du patient dans un autre établissement adapté et disponible.

Les seuls établissements de santé, assurant le service **public** hospitalier sont soumis à des dispositions propres :

Établissements assurant le service public hospitalier : les hôpitaux publics (EPS), les hôpitaux des armées, les Etablissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), les établissements privés volontaires agréés par l'ARS, établissements de santé privés autorisés à exercer une activité d'urgence.

Le service public hospitalier est défini par ses missions : il est soumis à des obligations supplémentaires comme l'aide médicale urgente. (Toutes les missions dévolues aux établissements de santé + l'aide médicale urgente)

- Accueillir les personnes de jour et de nuit éventuellement en urgence (continuité) : garantir la permanence de l'accueil et de la prise en charge.

- Assurer un accueil adapté aux personnes en situation de handicap et de précarité sociale.

- Assurer au patient l'absence de tout dépassement dans les tarifs officiels (de prestations et honoraires).

- Garantir l'accès aux soins des personnes démunies. Les personnes sans couverture sociale doivent être prises en charge pour les soins urgents.
  NB : sont urgents les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître

- Mettre à disposition des personnes malades un personnel socio-éducatif (ex : une assistante sociale ou un cadre de santé) pour les aider à résoudre les difficultés résultant de l'hospitalisation.

- Garantir la (participation) représentation des usagers dans le système de santé.

- Les établissements doivent répondre à des demandes particulières de l'ARS, participer aux communautés professionnelles territoriales de santé c'est-à-dire travailler en collaboration avec les professionnels et établissements de santé. En cas de carence de l'offre de soin, y répondre.

QCM

Faites bien la distinction entre les obligations des établissements publics & privés et les obligations s'appliquant UNIQUEMENT aux établissements publics. ++

II. LES ÉTABLISSEMENTS GARANTISSENT LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL, DES TRAITEMENTS ET DES SOINS

*Ce point est essentiel car qui dit **qualité** dit sécurité. Par ce principe, la charte incite les professionnels à assurer la sécurité des patients en améliorant la qualité des prestations de l'établissement.*

- Les examens de diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, blessés, femmes enceintes prennent en compte leur dimension psychologique.

- Les actes de prévention, d'investigation, de diagnostic et de soins, curatifs ou palliatifs :
- Sont adaptés à l'état des patients
- Ne doivent pas leur faire courir des risques disproportionnés par rapport aux bénéfices escomptés (« balance bénéfice/risque » évaluée en l'état des connaissances médicales, c'est-à-dire des données acquises de la science)
- La continuité des soins est assurée à l'issue de l'admission ou de l'hébergement (lettre de sortie, ordonnances, rendez-vous complémentaire...)

- Les intervenants doivent se préoccuper du soulagement de la souffrance et de la prise en charge de la douleur des personnes hospitalisées.

Le plan triennal de lutte contre la douleur (« la douleur n'est pas une fatalité »), lancé par le ministre Bernard (New) KOUCHNER en 1998, prévoit la remise au patient d'un contrat d'engagement contre la douleur aigue ou chronique.

- Les personnes en fin de vie doivent bénéficier d'une vie digne jusqu'à la mort :
- Leur volonté est prise en compte directement ou par les directives anticipées.
- Des soins palliatifs, de confort, de soulagement de la souffrance sont prodigués.
- Leur famille, les proches, leur personne de confiance peuvent les accompagner. Ainsi que les bénévoles et le personnel.
- Leur entourage est soutenu.

- En cas de décès, la famille est prévenue et peut se recueillir auprès du défunt avant son départ à la chambre mortuaire de l'établissement. La famille aussi doit être soutenue.

La qualité est évaluée :

- La satisfaction des patients est mesurée régulièrement.

- Les établissements de santé doivent être certifiés depuis **2000**.

La **certification** est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS). La procédure se déroule tous les 4 à 6 ans et porte sur :
- le niveau des prestations et soins délivrés aux patients,
- la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre.

Le rapport et la décision de certification sont publics.

- Les médecins des spécialités à risques (chirurgie, anesthésie, gynécologie…) peuvent désormais demander leur **accréditation**. Cette démarche volontaire vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles, réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et en limiter les conséquences au bénéfice de la sécurité du patient.

QCM

On parle de certification pour l'évaluation des établissements ; et on parle d'accréditation pour l'évaluation des médecins.

La qualité des soins vise à améliorer la sécurité du patient.

- La HAS a élaboré **51 indicateurs de qualité et de sécurité** des soins, répartis en grands thèmes :

Certification
Infections associées aux soins
Dossier du patient
Dossier d'anesthésie
Satisfaction des patients hospitalisés (enquête e-satis)
Infarctus du myocarde
AVC….

- Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont des outils qui mesurent l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement, afin d'évaluer de manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients. Leurs résultats sont accessibles au public (site SCOPE SANTÉ).

- Depuis 2016, les établissements de santé qui obtiennent les meilleurs résultats aux IQSS ou ont fortement progressé d'une année sur l'autre bénéficient d'une dotation financière supplémentaire allant de 15 000 à 500 000 €. Cette dotation est une **IFAQ (incitation financière à la (l'amélioration) qualité).** En 2017, 800/3000 établissements ont reçu cette dotation. En 2020, la dotation est allée de 15 000 à 1 million d'euros.
  Chaque année, les pouvoirs publics augmentent cette dotation, qui peut atteindre 1 million d'euros, afin d'inciter les établissements à poursuivre et accroître leurs efforts. (NEW)

III. L'INFORMATION DONNÉE AU PATIENT DOIT ÊTRE ACCESSIBLE ET LOYALE (UN PRINCIPE INSCRIT DANS LA LOI DU 4 MARS 2002)

Article 479 du code civil : toute personne majeure peut par un mandat de protection future confier à un mandataire le soin d'exercer les missions dévolues au tuteur ou à la personne de confiance, dans le cas où elle ne pourrait elle-même défendre ses intérêts.

L'information comporte 2 dimensions :
Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d 'accès à l'information.

L'information sociale a essentiellement pour but d'éviter la fracture entre le patient et son environnement familial et professionnel.

→ L 'information médicale :
Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les **risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent** *(formule à retenir)* ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Art. L. 1111-2 du Code de la Santé Publique (CSP)

→ L'information sociale :
Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

L'INFORMATION : un droit du patient

→ L'égalité d'accès à l'information est garantie : l'information est la règle, le secret n'est pas opposable au patient.

→ Le patient participe pleinement aux choix thérapeutiques le concernant.

FONDEMENTS :

→ Primauté et autonomie de la personne, même mineure ou handicapée,

→ Condition du consentement du patient, acteur de sa santé.

Qui doit délivrer l'information au patient ?

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées.

Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Art. L.1112-1 du CSP

En conséquence sont habilités à donner l'information au patient :

↳ Le médecin qui prescrit l'acte.

↳ Le médecin qui réalise l'acte.

↳ Tout professionnel de santé, selon son niveau de compétences, et dans le respect des règles professionnelles.

Il y a nécessité de coordination entre les médecins et les professionnels pour éviter le hiatus entre les informations successives données au patient.

Le patient est le seul destinataire de l'information, mais il existe des cas particuliers :

→ Le patient mineur :

- les titulaires de l'autorité parentale reçoivent l'information
- le mineur est informé selon son degré de maturité

→ Le majeur sous tutelle :

- le tuteur reçoit l'information
- le majeur protégé est informé selon ses facultés de discernement

→ La personne de confiance :

- elle est informée pour accompagner et aider le malade. *Elle n'a pas accès au dossier médical.*

→ La famille, les proches :

- en cas de diagnostic ou de pronostic grave pour soutenir le malade.

QCM

Pour le mineur l'information dépend de son degré de maturité

Pour le majeur sous tutelle l'information dépend de ses facultés de discernement

L'information délivrée doit être claire, loyale et appropriée à l'état du patient

- ♥ Claire, intelligible : L'information doit être compréhensible et bannir les termes techniques
- ♥ Loyale : L'information n'est ni franchise brutale, ni mensonge
- ♥ Appropriée, accessible : L'information est adaptée au malade, à la maladie et au traitement : « annonce avec circonspection du pronostic fatal »

Peut-on limiter l'information ? Oui, si :

- le patient le demande (volonté d'ignorance), SAUF dans le cas de risque de transmission à un tiers (infection, VIH)
- le patient l'interdit (envers ses proches)
- l'état du patient est un obstacle (coma)
- l'urgence l'empêche

Comment délivrer l'information ?

Informer, c'est mettre les formes pour éviter trouble et choc

→ Un entretien individuel, dans un lieu adapté (on évite les lieux publics)

→ La présence possible d'un proche, de la personne de confiance,

→ Un échange médecin-patient, avec tact et explications, et la remise d'une documentation qu'on peut appeler « passeport »

Quand doit-on délivrer l'information ?

→ Avant la réalisation de l'acte (Et, en chirurgie esthétique : 15 jours auparavant)

→ En cours de réalisation de l'acte si un incident survient

→ Après l'acte : si un risque nouveau ou un dommage est découvert, une information doit être délivrée dans les 15 jours.

Comment prouver que l'information a été délivrée (en cas de litige par exemple) ? La loi du 4 mars 2002 confirme sur ce point la jurisprudence (NEW).

→ Le patient peut contester avoir bénéficié d'une information loyale, claire et appropriée, invoquer une perte de chance ou un préjudice d'impréparation.

→ Le professionnel ou l'établissement de santé doit apporter la preuve que l'information a été délivrée

→ La preuve de la délivrance peut être apportée par tout moyen, oral ou écrit. (*c'est souvent écrit*)

IV. UN ACTE MÉDICAL NE PEUT ÊTRE PRATIQUÉ QU'AVEC LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Un principe inscrit dans la loi du 4 mars 2002.
« Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé…
Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

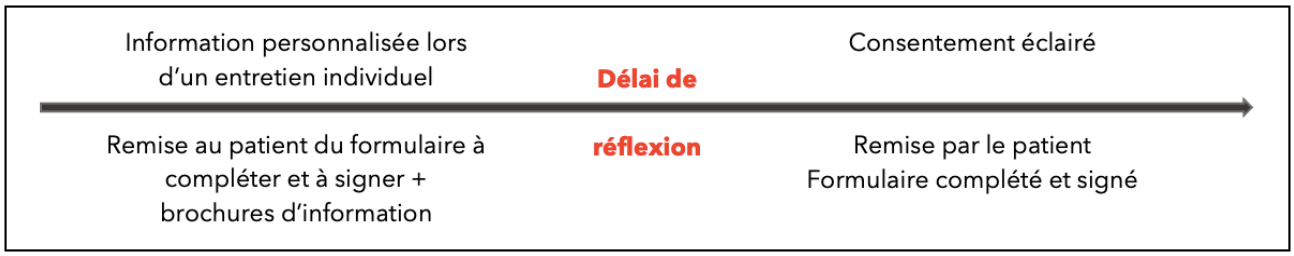
LE CONSENTEMENT : une liberté fondamentale
→ Le consentement est préalable
→ Le patient participe pleinement aux choix thérapeutiques le concernant.
→ Le consentement repose sur l'information.
→ Consentir c'est pouvoir refuser

FONDEMENTS :
→ Primauté et autonomie de la personne, même mineure ou handicapée,
→ L'intangibilité de l'intégrité corporelle et l'indisponibilité du corps humain

La **double obligation** du professionnel de santé :
→ Délivrer une information loyale, claire, adaptée au degré de compréhension du patient
→ Recueillir le consentement du patient, éclairé et libre de toute contrainte

On voit qu'il existe bien une liaison entre information et consentement :
→ La condition du consentement est l'information préalable, complète, loyale et adaptée, compréhensible pour le patient malgré la difficulté technique, psychologique des questions abordées.
→ Le consentement est libre, obtenu sans contrainte, renouvelé pour tout acte médical ultérieur
→ Le consentement est éclairé : l'information doit porter sur :
- les actes que le patient va subir
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques (connus et exceptionnels)
- les conséquences que ces risques pourraient entraîner

On peut schématiser comme suit les différentes étapes du consentement libre et éclairé :



*La ronéo contient un schéma avec moins d'infos. Je vous conseille **d'apprendre celui-ci,** car je ne suis pas sûre qu'il ne s'agisse pas d'un souci de mise en page dans la ronéo qui aurait « coupé » le schéma ! Dans le diapo : le schéma est complet.*

Qui doit consentir à l'acte médical ?

→ Le patient lui-même, pour tout acte, ou à l'avance : directives anticipées

→ Le malade atteint de troubles mentaux ? Il peut donner son consentement pour « des soins psychiatriques libres (une hospitalisation libre) »

→ Le mineur ?
- Consentement du titulaire de l'autorité parentale.
- Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision selon son degré de maturité.

→ Le majeur sous tutelle ?
- Consentement du tuteur.
- Le consentement du majeur doit être systématiquement recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision selon son degré de discernement.

La personne hospitalisée a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement
→ Le patient peut exprimer la volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement. En cas de danger pour sa vie, il doit confirmer sa décision et peut faire appel à un autre médecin.
→ Le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix. Il assure le suivi du patient.
→ Le refus des parents du mineur ou du tuteur n'est pas pris en compte s'il risque d'entraîner des conséquences graves.

Le médecin peut-il se dispenser d'obtenir le consentement du patient ?

→ Même si la loi dit que non, deux décisions du juge administratif (*pour information* Conseil d'Etat, 26 octobre 2001 et 16 août 2002) (NEW) ont donné raison aux médecins qui avaient été amenés à transfuser contre son gré un témoin de Jéhovah :
« Ne saurait être qualité de fautif le comportement de médecins qui, **dans une situation d'urgence, lorsque le pronostic vital est en jeu et en l'absence d 'alternative thérapeutique, pratiquent les actes indispensables à la survie du patient et proportionnés à son état**, fût-ce en pleine connaissance de la volonté préalablement exprimée par celui-ci de les refuser pour quelque motif que ce soit ».

Comment prouver que le patient a donné son consentement ?
→ Par tout moyen, pour les actes courants
→ Par écrit, signé du patient, pour les actes lourds.

V. UN CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE EST PRÉVU POUR CERTAINS ACTES

Certains actes médicaux font l'objet de garanties spécifiques en ce qui concerne le consentement :

- Assistance médicale à la procréation (AMP) : le consentement des deux membres du couple, à l'origine du projet parental est exigé.

- Diagnostic prénatal, seul le consentement de la femme enceinte est recueilli.

- Prélèvement d'éléments du corps humain et collecte de ses produits, le consentement du donneur est exigé.

- Prélèvement d'organe sur une personne vivante en vue de don : le consentement doit être recueilli devant le tribunal de grande instance ou, en cas d'urgence, par le Procureur de la République.

- Prélèvement d'organe sur une personne décédée en vue de don : toute personne majeure peut faire connaître de son vivant son opposition ou son refus à un prélèvement d'organe après son décès (que ce soit à des fins thérapeutiques ou scientifiques). Ce refus peut figurer sur le Registre national automatisé des refus, mais il peut également être exprimé par tout autre moyen.

  En outre, en cas de prélèvements à des fins scientifiques sur personne décédée, ceux-ci ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la biomédecine.

- Interruption volontaire de grossesse (IVG) : si une mineure non émancipée souhaite accéder à une IVG et se trouve dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale ou si elle souhaite garder le secret, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés, peuvent néanmoins être pratiqués à sa demande. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner par la personne majeure de son choix.

- Réalisation des examens des caractéristiques génétiques : la personne doit y consentir préalablement par écrit.

- Pratique d'une stérilisation à visée contraceptive : la patiente, majeure, doit exprimer une volonté libre, motivée et délibérée après une information complète. Le consentement écrit intervient après un délai de réflexion de 4 mois suivant la consultation médicale préalable (NEW).

- Un dépistage ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la personne. Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient, ce qui constituerait une violation de la vie privée.

- Traitement informatique du dossier médico-épidémiologique à des fins statistiques d'une personne infectée par le VIH : consentement écrit.

VI. UNE RECHERCHE BIOMEDICALE NE PEUT ÊTRE RÉALISÉE SANS QUE LA PERSONNE AIT DONNÉ SON CONSENTEMENT APRÈS AVOIR ÉTÉ SPÉCIFIQUEMENT INFORMÉE SUR LES BÉNÉFICES ATTENDUS, LES CONTRAINTES ET LES RISQUES PRÉVISIBLES

On parle désormais de « recherche impliquant la personne humaine » (RIPH) depuis la loi du 12 mars 2012 dite loi JARDÉ (NEW).

→ Toute recherche est encadrée par des règles strictes :
- elle doit être autorisée par l'ANSM si elle dépasse la prise en charge habituelle de la personne,
- elle doit recueillir l'avis favorable d'un comité de protection des personnes (39 CPP en France),
- toute personne qui prête son concours à une recherche doit être informée et donner son consentement préalable,
- les personnes mineures, majeures sous tutelle, femmes enceintes, privées de liberté, ne pouvant exprimer leur volonté sont particulièrement protégées,
- le traitement informatique des données nominatives doit respecter la loi Informatique et libertés n°78-17 du 18 janvier 2018.
- l'utilisation des données personnelles recueillies est encadrée par le Règlement Général Européen sur la Protection des Données (RGPD) applicable depuis mai 2018.

VII. LA PERSONNE HOSPITALISÉE PEUT, À TOUT MOMENT, QUITTER L'ÉTABLISSEMENT

→ Le patient dispose de la liberté d'aller et venir, qui est une liberté individuelle fondamentale
- Il peut se déplacer librement dans l'établissement
- Il peut sortir de son plein gré : Sortie définitive décidée *après avis médical* / Sortie temporaire : *permission de sortie (qui peut aller jusqu'à 48h)* / Sortie à l'insu du service : *fugue, disparition, « évasion »*
- Il peut sortir contre avis médical, mais, si le médecin estime que la demande de sortie est prématurée et présente des risques pour la santé du patient, celui-ci ne peut sortir qu'après avoir signé une attestation établissant qu'il a été informé des dangers encourus. A défaut, un document interne ou procès-verbal est rédigé, signé par 2 témoins. La situation est retracée dans le dossier médical.

Peut-on limiter la liberté d'aller et venir du patient ?

- Les raisons médicales : contention, isolement

- Les exceptions légales :

- psychiatrie : SPDP ex HO (Soins Psychiatriques à la Demande du Préfet ; avant 2011, on parlait d'Hospitalisation d'Office) ou HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Les patients hospitalisés pour troubles mentaux sans leur consentement ne peuvent sortir sans autorisation médicale.
- détenus : Ils ont les mêmes droits que les autres personnes hospitalisées, mais leur liberté d'aller et venir et de communiquer est restreinte.
- mineurs et personnes vulnérables : Ils ne peuvent sortir sans l'accord de leur protecteur.

VIII. LA PERSONNE HOSPITALISÉE EST TRAITÉE AVEC ÉGARDS

La personne hospitalisée est traitée avec égards, ses croyances sont respectées, son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

1. Le respect de la dignité en toutes circonstances (*Bienveillance*) :

→ L'intimité du patient doit être préservée à tout moment du séjour : soins, toilettes, consultations, visites médicales, traitements, radiographies, brancardages…
→ L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable.
→ La tranquillité du patient est assurée (bruit, lumières…)
→ Les déplacements et les délais d'attente du patient sont « réduits le plus possible » (Consultations externes, formalités administratives)

2. Le respect des croyances et des convictions religieuses (*Bienfaisance*) :

→ La liberté de pensée, de conscience et de religion est respectée (recueillement, accès au culte, rites funéraires) : le personnel respecte la laïcité et se comporter en toute neutralité (NEW) (*la loi l'indique pour les établissements publics, inscrit dans le règlement intérieur des établissements privés*).
→ Le prosélytisme (*la publicité, le zèle pour convaincre*) est interdit au patient, au visiteur, au personnel, au bénévole.

3. La bientraitance :

→ Promouvoir la bientraitance, c'est renforcer un mode de prise en charge et d'accompagnement global centré sur l'usager, ses besoins, ses attentes et le respect de ses droits
→ Une manière d'être : écoute, confiance, disponibilité, humanisme,
Une manière d'agir *(prendre soin)*
Une manière de dire : souci de l'autre, réactif à ses besoins et ses demandes, respectueux de ses choix et ses refus.

Ces 3 manières sont souvent appelées les 3 B : *Bienveillance, Bienfaisance, Bientraitance.*

4. Les principes de l'éthique :

→ La bienfaisance : la médecine vise à guérir, soigner, soulager
→ La non malfaisance : prévenir tout acte nuisible, diminuer la souffrance provoquée ou aggravée par l'acte de soins
→ L'autonomie : respect de l'initiative, de la liberté
→ L'équité ou la justice : rendre égal le rapport soignant soigné

Une réflexion est menée sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale : le professionnel est confronté à un questionnement éthique :

- comment décider avec justesse dans l'incertitude ?
- que peut-on faire quand on veut bien faire ?

Paul RICOEUR : « Vivre bien, avec et pour l'autre, dans des institutions justes. »

L'Espace Ethique (EEA, EEALZ) apporte une aide à la réflexion des professionnels de santé confrontés à ces questions difficiles.

Le CHU a établi ces valeurs avec au centre le principe de laïcité et d'éthique.

Par exemple : on n'entre pas sans frapper dans une chambre de patient.

IX. LE RESPECT DE LA VIE PRIVÉE EST GARANTI À TOUTE PERSONNE

Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles médicales et sociales qui le concernent.
Ce principe découle directement de l'article 9 du Code civil : « chacun a droit au respect de sa vie privée ».

1. Le respect de la vie privée

→ L'établissement de soins garantit le respect de la vie privée de la personne hospitalisée :

- L'accès des tiers (visiteurs, journalistes, photographes) à l'établissement doit être autorisé par le directeur qui est le garant de la tranquillité des patients et de la protection des personnes vulnérables.
- La chambre d'hôpital est un domicile protégé par la loi, privée et le patient peut recevoir des visiteurs.
- Le malade a droit au respect de son image

- Le malade peut apporter ses effets personnels (Loi du 6 juillet 1992)

→ L'établissement garantit la confidentialité des données personnelles, médicales, sociales, administratives de la personne hospitalisée.

→ L'enfant hospitalisé en pédiatrie bénéficie de la visite et de la présence de ses parents (**Charte de l'enfant hospitalisé**).

2. Le secret professionnel

→ Le personnel est tenu au *secret* professionnel (obligation pénale) et à la *discrétion professionnelle (obligation disciplinaire)* (NEW) inscrits dans le règlement intérieur et statut de la fonction publique.

→ Le secret médical/professionnel présente un caractère général et absolu et s'impose au médecin (CA Paris 27 juillet 1997) et aux professionnels de santé.
En même temps, il est réputé confié à l'ensemble des professionnels qui prennent en charge le patient et il est **partagé** entre eux.

→ L'hôpital engage sa responsabilité s'il ne respecte pas le secret médical (*TA Caen 2 décembre 2008, CAA Nantes 15 octobre 2009*)

3. L'établissement de santé peut-il mettre des obstacles à la vie privée ?

→ Les moyens de l'hôpital : chambres à 2/3 lits, équipements…

→ L'urgence : la transfusion sanguine constitue une atteinte à la liberté d'expression religieuse mais elle ne viole pas la CEDH (traitement inhumain, dégradant, privation du droit à la liberté) car elle a assuré le respect de l'obligation de protection de la santé pour le médecin.

Les établissements sont soucieux du respect de la confidentialité car beaucoup adoptent une charte interne pour sensibiliser leurs professionnels. *Exemple de Charte Interne (pour les curieux) dans le diapo du Pr.*

X. LA PERSONNE HOSPITALISÉE, OU SES REPRÉSENTANTS LÉGAUX, BÉNÉFICIE D'UN ACCÈS DIRECT AUX INFORMATIONS DE SANTÉ LA CONCERNANT.

Cet accès concerne les documents relatifs au patient :

- le dossier médical
- les fichiers informatiques
- les documents administratifs

1. L'accès au dossier médical :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations (dossier médical) concernant sa santé détenue à quelque titre que ce soit par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration du diagnostic… »

Le dossier médical comporte toutes les informations à caractère médical formalisées.

Pas d'accès aux notes personnelles des professionnels mais accès aux échanges entre professionnels (oui si accord du patient).

- le contenu du dossier médical est normalisé
- les modalités de communication sont réglementées : le patient a le choix entre un accès direct ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il choisit
- quand il y a un litige, le médiateur médecin de l'établissement peut accéder au dossier avec l'accord écrit du patient

2. L 'accès au dossier administratif :

Concerne les informations administratives. Droit prévu par la loi du 17 juillet 1978 (CADA)

3. L 'accès aux informations contenues dans les fichiers informatiques :

Droit prévu par la loi du 6 janvier 1978 (CNIL)

XI. LA PERSONNE HOSPITALISÉE EXPRIME SES OBSERVATIONS SUR LES SOINS ET L'ACCUEIL

1. Le patient peut exercer son droit d'expression à sa sortie

- Le patient reçoit un livret d'accueil et un questionnaire de sortie
- Le patient peut remplir le questionnaire de sortie et exprimer ses remarques
- Le patient peut répondre à une enquête téléphonique (e-SATIS)

2. Le patient peut exprimer ses griefs et réclamations auprès de l'établissement

→ Le patient peut saisir le directeur de l'établissement, **par écrit**, qui lui répondra.

→ Le directeur, peut lui-même saisir, à la demande du patient, la Commission des Usagers (CU) qui veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

- La CU est composée de professionnels et de représentants des usagers
- La CU a un rôle de médiation en cas de réclamation relative au respect des droits ou au déroulement de la prise en charge du patient. (NEW)
- Un médiateur médecin examine la réclamation, rencontre l'usager et propose une solution au litige en liaison avec la CU.

3. Le patient peut s'adresser à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI)

Nouveauté de la loi du 4 mars 2002 (partie importante)

Les 4 CCI interrégionales sont chargées de :

- favoriser par la conciliation le règlement amiable des litiges entre usagers et professionnels / établissements portant sur le respect des droits ou tout acte de soins
- permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux graves liés à une faute ou un aléa thérapeutique

Les CCI donnent des **avis et des propositions**, leur saisine est facultative et gratuite. L'assistance d'un avocat n'est pas obligatoire pour le patient. (NEW)
Les CCI peuvent être directement saisies par les patients et l'intervention de ces commissions vise à permettre d'éviter le recours à un tribunal : aujourd'hui, 2/3 des litiges sont réglés par les CCI. (NEW)
La CCI est **extérieure à l'établissement**. Elle est rattachée à l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (**ONIAM**).

4. Le patient peut saisir un Ordre professionnel s'il estime être victime d'un préjudice

- Médecins, Chirurgiens-dentistes, Sages-femmes, Infirmiers, Masseurs kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, Pharmaciens disposent d'un ordre professionnel.
- L'Ordre assure la discipline de sa profession et peut sanctionner un professionnel pour comportement, erreur technique etc : avertissement, suspension, radiation

5. Le patient peut saisir un tribunal s'il estime avoir subi un dommage

- Tribunal administratif en cas de litige avec un hôpital public
- Tribunal de grande instance (Tribunal judiciaire depuis 2020) en cas de litige avec un établissement privé
- Tribunal correctionnel s'il dépose une plainte auprès du Procureur de la République

Le patient peut saisir le défenseur des droits pour demander une assistance dans son dossier.
Le patient a **10 ans** à compter de la consolidation pour mettre en cause la responsabilité d'un établissement : c'est le délai de prescription.

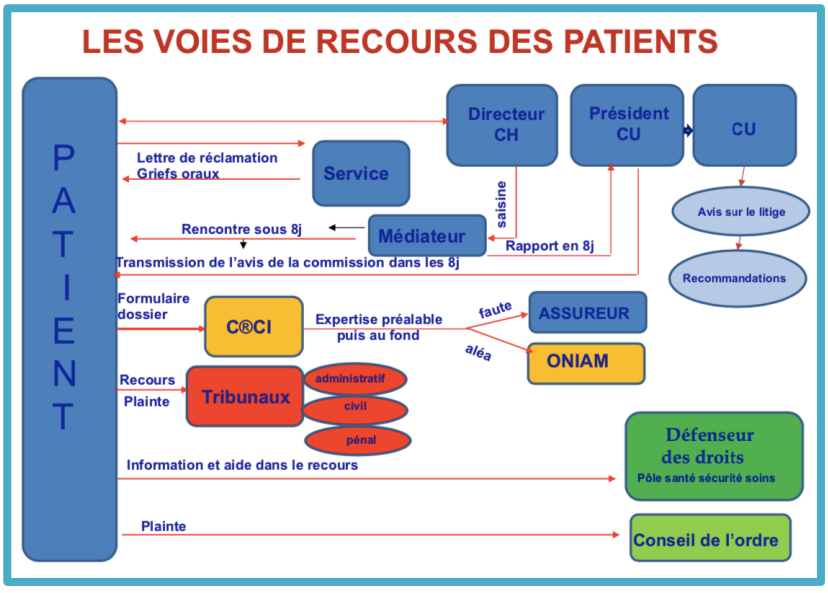


Schéma récap' des voies de recours des patients

- Décembre 2018 : 1 patient offre 60 bouteilles de champagne au service de réanimation de l'hôpital d'Aubagne

La loi du 4 mars 2002, dite loi KOUCHNER, a renforcé les droits du malade et de l'usager du système de santé. Elle a voulu que le patient devienne acteur de sa santé et partenaire de l'équipe de soins. En même temps, la loi rappelle (article L. 1111-1) que les droits des usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à préserver la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. (NEW)

Question comme conclusion :

Si le professionnel de santé doit assurer la règle des 3B (bienveillance, bienfaisance, bientraitance), ne peut-on pas exiger courtoisie, politesse et amabilité du patient ? Ne peut-on pas l'inviter au respect des professionnels et des établissements, à collaborer aussi activement au bon suivi de sa prise en charge ? (NEW) (informer sur sa santé et ses médicaments personnels, suivre les traitements consentis et respecter les autres patients)

Voilà, c'est fini pour la Charte. Je me répète mais si j'étais vous je travaillerais sur ce support qui est vraiment le plus complet !

Travaillez bien, vous méritez votre place. Et n'oubliez jamais que le travail acharné paye toujours. Bisous !