



# Droits du patient en Polynésie française

*Ce document « Droits du patient en Polynésie française » a été élaboré en mai 2022, par un groupe de travail réunissant des professionnels de santé, des juristes et des cadres de la Direction de la santé, avec l'appui technique d'Emmanuelle RUPP-TERRIS, consultante en santé publique. Le ministère de la Santé et l'ARASS ont également contribué à la finalisation de ce guide. Destiné à l'ensemble des professionnels de santé de la Direction de la santé, ce document a pour objectif de présenter les éléments clefs en matière d'obligations légales, réglementaires et ordinaires des professionnels médicaux et paramédicaux, telles qu'applicables en Polynésie française. Il s'agira, à terme, d'évaluer l'atteinte de cet objectif à travers la mesure de la connaissance et de l'appropriation du guide par les professionnels ciblés.*

*Ce document est disponible sur le site internet de Direction de la santé.*



*La Direction de la santé a adopté, en 2019, une démarche ambitieuse de modernisation des Soins de Santé Primaires (SSP). L'objectif est de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Polynésie française en contribuant au renforcement des soins de santé primaires, selon une approche moderne et adaptée au contexte local.*

*Un des axes forts est l'homogénéisation et le développement des connaissances et des pratiques des professionnels en matière de soins de santé primaires, dans une démarche de qualité, de sécurité et d'efficacité du service public.*

*C'est pourquoi la Direction de la santé propose une série de formation et d'outils pratiques afférents, dont l'outil « Droits du patient en Polynésie française ». Ce guide pratique a pour but d'envisager de manière synthétique et simplifiée les différentes règles juridiques de base qui encadrent la relation de soin en Polynésie française.*

*Cet outil est le fruit d'un travail collaboratif impliquant de nombreux professionnels, dont je remercie la mobilisation.*



**Madame Merehau MERVIN**

Directrice de la santé en Polynésie française

# Introduction

Près de 20 ans après la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les droits des patients, aujourd'hui inscrits dans le Code de la santé publique, sont encore méconnus des patients et complexes dans leurs mises en œuvre pour les professionnels de santé. Afin d'accompagner l'application des droits, et ainsi mettre le patient au centre de la santé, ce guide présente les éléments clefs en matière d'obligations légales, réglementaires et ordinaires des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, telles qu'applicables en Polynésie française.

<b>1. L'accès aux soins et choix du médecin (p. 5)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un professionnel de santé peut-il refuser de dispenser des soins ?</li><li>• Qu'est-ce qu'un motif discriminatoire dans le cadre de l'accès aux soins ?</li><li>• Le patient peut-il choisir son professionnel de santé, en toutes circonstances ?</li></ul>
<b>2. L'information du patient (p.7)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A qui et comment doit-on délivrer l'information ?</li><li>• Dans quels cas peut-on reporter le devoir d'information ?</li><li>• Que doit-on faire si le patient ne souhaite pas être informé du diagnostic ou du pronostic ?</li></ul>
<b>3. La personne de confiance (p.9)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qui peut désigner une personne de confiance ?</li><li>• Qui peut être désigné personne de confiance ?</li><li>• Comment désigner une personne de confiance ?</li></ul>
<b>4. L'accès au dossier médical (p.10)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qui peut demander l'accès au dossier médical ?</li><li>• Quelles sont les modalités d'accès et de communication ?</li><li>• Quelles sont les informations communicables ?</li></ul>
<b>5. Le consentement aux soins (p.11)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans quels cas et auprès de qui doit-on recueillir le consentement ?</li><li>• Sous quelle forme doit-être donné le consentement ?</li><li>• Que faire en cas de refus de soin de la part du patient ?</li><li>• Que faire en cas de refus de soins exprimé par un ou des titulaires de l'autorité parentale ?</li></ul>
<b>6. Le respect de la personne soignée (p.15)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qu'est-ce que le respect de la dignité et le respect de la vie privée ?</li><li>• Le secret professionnel : Rappels</li><li>• La bientraitance et la prévention de la maltraitance</li></ul>
<b>7. Prise en charge de la douleur, soins palliatifs et fin de vie (p.18)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelles sont les obligations liées à la prise en charge de la douleur ?</li><li>• La personne malade en fin de vie peut-elle demander l'arrêt ou la limitation de ses traitements ?</li><li>• Qu'est-ce que l'interdiction de l'obstination déraisonnable ?</li></ul>
<b>8. Les recours des patients (p.20)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La réclamation (exprime une insatisfaction dont l'utilisateur demande le traitement et la non-récidive)</li><li>• La plainte (vise à faire reconnaître un préjudice et à demander réparation)</li></ul>

Une introduction à l'éthique est également proposée en fin de document (p.21).

## Textes de références

- Code de la santé publique (CSP), tel qu'applicable en Polynésie française.
- Code de déontologie médicale (délibération n° 96-115 APF du 10 octobre 1996 portant code de déontologie médicale).
- Code de déontologie des sage-femmes (délibération n° 97-109 APF du 10 juillet 1997).
- Code de déontologie des infirmiers (délibération n° 2009-14 du 14 mai 2009).
- Code de déontologie des pharmaciens (délibération n° 97-107 APF du 10 juillet 1997).

# 1. L'accès aux soins et choix du médecin

Le patient a le droit <sup>[1]</sup> :

- à la protection de sa santé : garantie de l'égal accès de chacun aux soins nécessités par son état de santé, toute discrimination étant proscrite (art. L 1110-3 du CSP),
- de bénéficier des soins les plus appropriés et des thérapeutiques les plus efficaces et garantissant sa sécurité sanitaire (art. L 1110-5 du CSP),
- au choix du médecin ou de l'établissement de santé (art. L 1110-8 du CSP) (selon le contexte).

## 1.1 UN PROFESSIONNEL DE SANTE PEUT-IL REFUSER DE DISPENSER DES SOINS ? <sup>[2]</sup>

**Le refus de soins : tout comportement qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à l'état de santé du patient.**

Le droit du professionnel de santé de refuser des soins à un patient est **quasi inexistant dans le cadre du service public de santé** puisque les principes fondamentaux d'égalité, de continuité, de neutralité et de mutabilité s'imposent.

Ceci est encore plus vrai en poste isolé où il n'existe pas d'autre alternative aux structures de santé publique puisque pour que le refus soit licite, le professionnel doit pouvoir proposer au patient une alternative concrète et accessible. Un refus de soins dans de telles circonstances pourra être qualifié de faute détachable du service engageant la responsabilité personnelle du professionnel de santé (Cours de Cassation, 25 mai 1982, n° 80-95056).

Dans des circonstances bien précises, le refus d'intervenir peut-être sanctionné pénalement sur la base du délit de non-assistance à personne en péril instauré par l'article 223-6 du Code pénal. Pour que ce délit soit caractérisé, deux éléments doivent être réunis :

- un élément matériel : un péril grave et imminent,
- un élément moral : la conscience, par le professionnel de santé, de ce péril.

**Si le soignant est seul, il est de son devoir de réaliser le soin sauf si cela le met en danger directement (ex : patient violent, risque d'atteinte du professionnel).**



### En pratique

***Est-ce que je peux refuser de prendre en consultation un enfant quand il est accompagné par un adulte qui n'est pas son représentant légal ?***

On recherchera l'accord du représentant légal, à minima par oral (téléphone, etc.). Il appartient au professionnel de juger de l'urgence du soin ou du risque à ne pas faire le soin.

▲ Le Fa'a'amu est une adoption coutumière qui ne confère pas à elle seule de droits aux parents adoptifs.

***Un patient se présente à l'unique structure de soins de l'île, hors des horaires d'ouverture. Il souhaite des soins en urgence. Est-ce au patient d'évaluer « l'urgence » de la situation ?***

Non ! Le patient doit être vu ou entendu par le soignant pour estimer le degré d'urgence. En fonction de la situation, ce dernier interviendra immédiatement ou à distance, dans les heures d'ouverture de la structure.

## 1.2 QU'EST-CE QU'UN MOTIF DISCRIMINATOIRE DANS LE CADRE DE L'ACCES AUX SOINS ?

Les motifs discriminatoires sont l'origine du patient, son sexe, sa situation familiale, son état de santé, son handicap, ses mœurs, son orientation sexuelle, son âge, ses opinions politiques, ses activités syndicales, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

**Le professionnel de santé doit écouter, examiner, conseiller ou soigner toutes les personnes sans discrimination, y compris pour des raisons financières.**



### En pratique

#### *Dois-je prendre en charge un patient non couvert par la CPS ?*

Oui ! Le professionnel de santé est responsable de la réponse aux besoins de soins, pas du financement. Ce n'est pas à lui de définir si le patient a « *le droit ou pas* ». En revanche, il est dans son devoir d'informer :

- le patient sur les risques d'une non-couverture par la CPS (médicaments, EvaSan, etc.),
- de la situation du patient pour qu'une solution administrative soit prise dans l'intérêt du patient et pour un accès sans discrimination.

## 1.3 LE PATIENT PEUT-IL CHOISIR SON PROFESSIONNEL DE SANTE, EN TOUTES CIRCONSTANCES ?

Le libre choix du professionnel de santé par le patient est un principe fondamental. Cette liberté peut toutefois être limitée en pratique par certaines situations juridiques du patient ou par les conditions de prise en charge en établissement de santé (ex : un malade ne peut exiger de bénéficier de soins spécifiques dans des établissements qui ne les délivrent pas).

**Les règles sont quelque peu différentes dans le cadre du service public. En effet, le patient n'est pas lié au praticien qui le prend en charge par un contrat, il est un usager du service et le professionnel de santé qui le prend en charge n'est pas choisi par lui.**



### En pratique

#### *Un patient ne souhaite pas se faire examiner par l'unique soignant de l'île. Il décide de consulter sur une autre île. Qu'est-ce qui est pris en charge financièrement par la CPS ?*

La CPS prend financièrement en charge la consultation mais pas les frais liés aux déplacements.

#### **Médecin traitant** <sup>[3]</sup> <sup>[4]</sup>

Afin d'intégrer un parcours de soins coordonnés, chaque patient peut désigner un médecin généraliste (ou spécialiste en médecine générale) comme « médecin traitant », avec l'accord de ce dernier. Dans le cas où le médecin traitant choisi exerce au sein d'une structure sanitaire de la Direction de la santé, tout autre médecin généraliste (ou spécialiste en médecine générale) de la structure peut être consulté au titre de médecin traitant.

En cas de non-déclaration de médecin traitant à la Caisse de Prévoyance Sociale, les actes et prestations seront moins bien remboursés (minoration de 20 points).

**Attention !** Les actes et prestations effectués dans le cadre de l'urgence ou de prises en charge « hors résidence habituelle » (ex : vacances, etc.) seront remboursés « normalement ».

## 2. L'information du patient

Le patient a le droit <sup>[1] [5]</sup> :

- à l'information sur son état de santé,
- au respect de sa volonté de ne pas être informé sur son état de santé (art. L 1111-2 du CSP).

### 2.1 A QUI ET COMMENT DOIT-ON DELIVRER L'INFORMATION ?

L'information du patient incombe à **tout professionnel de santé** dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. L'information doit en principe être délivrée **au patient lui-même**. Si celui-ci ne souhaite pas ou ne peut pas consentir (coma, incapacités d'expression, etc.) à l'acte médical, l'information doit être délivrée au tiers apte à représenter le malade (personne de confiance, tuteur, représentant légal).

Les informations à délivrer au patient concernent à **minima** :

- son état de santé,
- l'acte médical qui sera entrepris (nature et éventuelles alternatives thérapeutiques),
- les risques et bénéfices de l'acte médical,
- l'acte médical réalisé (risques post-opératoires qui subsistent).

L'information doit :

- être claire et compréhensible par le patient,
- doit obligatoirement être délivrée au cours d'un entretien individuel (durant lequel le patient peut être accompagné s'il le souhaite),
- et permettre au patient d'exprimer un consentement éclairé à l'acte médical.



**Attention à la traçabilité de l'information délivrée !** La charge de la preuve de l'information incombe au professionnel de santé ou au service public hospitalier. De fait, les documents du dossier médical et/ou les documents d'hospitalisation devront consigner les informations données au patient et mentionner que l'entretien oral a bien eu lieu (préciser la date, l'heure et le nom du praticien ayant dirigé cet entretien).

#### *Si le patient est mineur :*

*Le droit à l'information est d'abord exercé par les titulaires de l'autorité parentale. Le mineur est associé et recevra une information adaptée selon son âge et son degré de maturité.*

*Si un mineur consulte un médecin sans les titulaires de l'autorité parentale et qu'il souhaite garder le secret sur sa santé, ces derniers ne seront pas informés (cas des enfants fa'a'amu).*

*Si le mineur est accompagné d'une personne majeure non titulaire de l'autorité parentale, l'information donnée sera strictement utile et nécessaire pour que le mineur soit accompagné dans de bonnes conditions.*

*L'information aux titulaires de l'autorité parentale n'est pas obligatoire dans 3 situations précises :*

- lorsque le mineur s'oppose à l'information des titulaires de l'autorité parentale pour garder le secret sur son état de santé (art. L 1111-5 et L 1111-5-1 du CSP),
- en cas d'Interruption Volontaire de Grossesse (art. L2212-7 du CSP),
- pour une contraception (art. L 5134-1 du CSP).

## 2.2 DANS QUELS CAS PEUT-ON REPORTER LE DEVOIR D'INFORMATION ?

L'information et le recueil préalable du consentement peuvent être reportés en cas d'urgence vitale, et / ou si les soins sont indispensables au bon fonctionnement des organes et / ou si le patient est inconscient (en dehors des soins palliatifs) et en fonction de l'état psychologique. L'information sera délivrée à postériori.

## 2.3 QUE DOIT-ON FAIRE SI LE PATIENT NE SOUHAITE PAS ETRE INFORME DU DIAGNOSTIC OU DU PRONOSTIC ?

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Dans ce dernier cas, seul le patient est destinataire de l'information. En aucun cas le médecin ne doit informer les tiers directement. Seul le patient malade pourra révéler son état de santé.

Cependant, doivent faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles, par tout médecin ou biologiste, aux médecins de l'autorité de santé en charge de la veille sanitaire ou aux médecins de l'autorité de santé en charge des registres :

- les maladies qui nécessitent une intervention urgente, locale, régionale, nationale ou internationale,
- les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique<sup>1</sup>.

L'arrêté n° 584 CM du 18 avril 2019<sup>2</sup> fixe la liste des maladies soumises à déclaration obligatoire et les modalités de transmission des données.

### Conseils pour une information claire et compréhensible <sup>[6] [7] [8]</sup>

- **Se rendre disponible** pour délivrer l'information (temps, posture, capacité d'écoute, etc.).
- Délivrer l'information de **façon progressive** en se basant sur les interrogations et questionnements du patient. Selon la réaction de la personne, **échelonner** l'information sur plusieurs jours (temps d'acceptation).
- **Utiliser un langage simple et accessible** (pas de terminologie techniques). **Adapter les mots et expressions** utilisés à chaque patient en prenant en compte la situation de la personne. Le niveau de littératie en santé (= *capacité d'interpréter des renseignements pertinents sur leur santé*) du patient est essentiel pour lui **permettre de prendre des décisions éclairées**.



*Pour aller plus loin : Se référer à l'outil SSP « Les déterminants culturels de la santé en Polynésie française : Recommandations pratiques » disponible sur le site internet de la Direction de la santé.*

Ne dites pas ...	... Dites plutôt
Oralement	Par la bouche
Négatif (Résultats de test)	Bon résultat Pas de maladie
Bénigne (tumeur)	Pas de cancer

- **Utiliser des supports visuels**, pour expliciter vos propos. En effet, la quantité de nouvelles informations qu'une personne est en mesure d'assimiler est limitée. Par conséquent, il vaut mieux éviter de transmettre toutes les informations par un seul et même canal et combiner plutôt les informations orales et écrites.
- Attention, le patient peut sembler très bien comprendre alors qu'en fait, ce n'est pas le cas. C'est pourquoi il est important de **vérifier** tout au long de l'entretien ce que le patient a compris (en lui demandant notamment de **reformuler** les informations), comment il réagit aux informations et s'il arrive ou non à les intégrer à des connaissances préexistantes.

<sup>1</sup> Loi du pays n° 2019-8 du 1<sup>er</sup> avril 2019 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à la Direction de la santé

<sup>2</sup> Arrêté n° 584 CM du 18 avril 2019 modifié relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à la Direction de la santé

### 3. La personne de confiance <sup>[9]</sup>

La personne de confiance est là pour aider, soutenir et faire prévaloir les volontés du patient (L1111-6 du CSP).

Un patient peut désigner ou non, une personne de confiance qui va l'accompagner dans son parcours médical (assister aux entretiens médicaux si le patient le désire, le conseiller dans ses prises de décisions, etc.).

Le patient reste le destinataire de l'information et consent ou non aux soins. Le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance qui n'a pas accès au dossier médical, à moins que le patient ne lui fasse une procuration expresse en ce sens. De plus, si le patient souhaite que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances.

La personne de confiance peut demander la mise en œuvre de la procédure collégiale prévue dans le cadre de la loi sur la fin de vie (article 37 du code de déontologie médicale). Elle est consultée sur les souhaits qu'aurait exprimés le patient, s'il n'a pas rédigé de **directives anticipées**.



**Les directives anticipées** sont les volontés concernant les traitements et les actes médicaux, rédigées à l'avance par le patient. Un modèle de formulaire de directives anticipées est proposé par la Haute Autorité de Santé <sup>[10]</sup>. Le patient peut y écrire ce qui lui semble personnellement important et/ou s'aider de formulations proposées.

**La personne de confiance doit s'exprimer au nom du patient.** Son avis doit être pris en compte dans la décision de limitation ou d'arrêt de traitement, mais en dernier lieu c'est au médecin qu'il revient de prendre la décision concernant la santé du patient. La nature et les motifs de cette décision sont communiqués à la personne de confiance.

**Le professionnel qui propose la désignation de la personne de confiance doit informer sur les prérogatives. L'information et la (non)désignation doivent apparaître dans le dossier du patient.**

#### 3.1 QUI PEUT DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Seule une personne majeure peut désigner une personne de confiance. Si le patient est protégé par une mesure de tutelle, il peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. En revanche, si le patient a désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne soit révoquer sa désignation.

Le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut désigner sa personne de confiance.

#### 3.2 QUI PEUT ETRE DESIGNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Le patient peut désigner comme personne de confiance toute personne capable de son entourage en qui il a confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission (parent, proche, médecin traitant, etc.). La personne de confiance et la personne à prévenir peuvent ne pas être la même personne.

#### 3.3 COMMENT DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

La désignation de la personne de confiance peut se faire à tout moment. Elle doit se faire par écrit :

- sur papier libre, daté et signé, en précisant les nom, prénoms, coordonnées de la personne désignée pour qu'elle soit joignable,
- ou utiliser un formulaire (ex : formulaire proposé par la Haute Autorité de Santé <sup>[11]</sup>).

Le patient peut changer d'avis à tout moment et annuler la désignation ou la remplacer par une autre. La désignation peut être révoquée à n'importe quel moment.

## 4. L'accès au dossier médical <sup>[12]</sup>

Le patient (ou son représentant) n'est pas dans l'obligation de fournir un motif pour accéder à son dossier médical.

### 4.1 QUI PEUT DEMANDER L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL ?

L'accès au dossier médical peut être demandé auprès du professionnel de santé ou de l'établissement de santé, par la personne concernée, le ou les titulaires de l'autorité parentale, le tuteur ou, en cas de décès de cette personne, ses ayants droit.

### 4.2 QUELLES SONT LES MODALITES D'ACCES ET DE COMMUNICATION ?

La demande est adressée au professionnel de santé ou au responsable de l'établissement ou à la personne désignée à cet effet par ce dernier. L'accès aux données se fait, au choix du demandeur, soit par consultation sur place (idéalement sur rendez-vous) avec éventuellement remise de copies, soit par l'envoi des documents (si possible en recommandé avec accusé de réception).

Préalablement à toute communication, le destinataire de la demande doit vérifier l'identité du demandeur (ou la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire).

### 4.3 QUELLES SONT LES INFORMATIONS COMMUNICABLES ?

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, c'est à dire à toutes les données qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits 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.

#### Documents communicables

- Résultats d'examen.
- Comptes-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation.
- Protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre.
- Feuilles de surveillance.
- Correspondances entre professionnels de santé.

#### Documents non communicables

- Informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique.
- Celles concernant un tel tiers (ex : membre de la famille, assistant de service social).
- Certaines notes des professionnels de santé pouvant être considérées comme personnelles. Il doit s'agir de documents de travail qui ne contribuent pas à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention.



Les ayants-droits d'une personne décédée n'ont pas accès à l'intégralité du dossier médical du défunt. Seules les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi peuvent être communiquées. Les ayants-droits doivent préciser le motif de la demande (art. L 1110-4 du Code de la santé publique) :

- connaître les causes de la mort,
- défendre la mémoire du défunt,
- faire valoir ses droits.

## 5. Le consentement aux soins

Le patient a le droit <sup>[1] [5] [13]</sup> :

- de participer activement aux décisions médicales qui le concernent ou décision médicale partagée. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (art. L 1111-4 du CSP),
- de refuser un traitement ou un acte médical (art. L 1111-4 du CSP).

### 5.1 DANS QUELS CAS ET AUPRES DE QUI DOIT-ON RECUEILLIR LE CONSENTEMENT ?

**Un consentement libre et éclairé signifie que le consentement a été obtenu sans obligation ou imposition ni contrepartie financière et à la suite d'une information claire, complète, compréhensible et appropriée de la part du professionnel de santé.**

Le soignant doit recueillir le consentement libre et éclairé avant tout acte de soin, et lors de chaque soin. Le consentement du patient doit également être recueilli pour les soins réalisés par les futurs professionnels de santé et les professionnels de santé en exercice.

Le consentement libre et éclairé doit être donné par le patient lui-même sauf :

- **Si le patient est mineur.** En principe, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui prennent les décisions relatives à la santé du mineur. Mais s'il est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et les titulaires de l'autorité parentale doivent concerter leur volonté avec celle du mineur (cf. parties « *L'information du patient* » et « *Le consentement aux soins* »).
- **Si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté,** le soignant doit consulter la personne de confiance (cf. partie « *La personne de confiance* ») ou la famille ou à défaut un des proches du patient avant d'intervenir (ou le tuteur dans le cas d'un majeur sous tutelle).



**Dans le cas où tout retard serait préjudiciable au patient (urgence ou impossibilité de joindre toute personne mentionnée dans le dossier), le médecin est autorisé à prodiguer les soins nécessaires à la survie du patient sans avoir obtenu le consentement requis habituellement.**

## 5.2 SOUS QUELLE FORME DOIT-ETRE DONNE LE CONSENTEMENT ?

Le consentement du patient doit être **formellement** et **explicitement exprimé**. Il doit être recueilli à la suite d'un **entretien oral**. Cet entretien doit être tracé dans le dossier du patient.

Dans certains cas limitativement énumérés par les textes législatifs et/ou réglementaires, le consentement écrit du patient doit obligatoirement être recueilli avant de procéder aux soins. Il s'agit des cas suivants :

- l'examen des caractéristiques génétiques ou l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques (articles 16-10 et 16-11 du Code civil ; article R.1131-4 du CSP),
- la recherche impliquant la personne humaine (article L.1122-1-1 du CSP),
- le prélèvement d'organes, tissus, cellules et produits du corps humain sur une personne décédée alors qu'elle était mineure ou un majeur protégé (article L.1232-2 du CSP),
- le prélèvement d'organes, tissus, cellules et produits du corps humain sur une personne vivante (article L.1241-1 du CSP),
- le don et l'utilisation de gamètes (article L.1244-2 du CSP),
- la stérilisation à visée contraceptive (article L.2123-1 du CSP),
- l'interruption volontaire de grossesse (article L.2212-7 du CSP).

Hormis pour ces actes médicaux spécifiques, la loi n'impose pas la rédaction d'un écrit, même si ce mode de preuve est **à privilégier (traçabilité de l'information délivrée)**. En effet, l'écrit n'est ni indispensable, ni obligatoire. Pour autant, il n'est pas non plus interdit et présente un certain intérêt en termes de preuve médico-légale. Il est donc tout à fait conforme à la réglementation de remettre aux patients un document d'information permettant d'établir que l'information a été correctement donnée et le consentement pleinement éclairé et d'en conserver un exemplaire dans le dossier.



**Attention à la traçabilité de l'information délivrée !** C'est au soignant ou au service public hospitalier de fournir la preuve du recueil du consentement. Cette preuve peut être rapportée par tout moyen et notamment par un faisceau de présomptions (écrit, présomption, témoignage ou aveu, etc.). Au-delà du recueil du consentement écrit, les documents du dossier médical et/ou les documents d'hospitalisation devront consigner les informations données au patient et mentionner que l'entretien oral a bien eu lieu (en précisant, la date, l'heure et le nom du praticien ayant dirigé cet entretien).

### **Conseils pratiques en cas de rédaction d'un écrit** <sup>[14]</sup>

- Le document doit être suffisamment précis et pas trop général ou stéréotypé.
- Cet écrit doit permettre au juge d'acquiescer la certitude que le patient a réellement été informé.
- Un tel écrit ne doit en aucun cas être analysé comme, ou contenir une décharge de responsabilité.
- Les documents d'information doivent être datés et signés du patient.
- Porter, en bas du document, la mention « *fait en deux exemplaires, dont un sera conservé par le médecin* ».

**Signer ne signifie pas nécessairement comprendre.** Un tribunal recherchera toujours si le patient a bien compris l'information dispensée, y compris au moyen de présomptions. Il pourra tout à fait conclure que l'information a été correcte même si le patient n'a pas signé le document et, à l'inverse, juger l'information insuffisante même si la fiche est signée.

#### **La seule remise d'un document signé, tracé dans le dossier médical :**

- **ne dispensera jamais le soignant de remplir oralement son devoir d'information,**
- **ne prémunira pas le soignant contre d'éventuelles poursuites dont l'initiative appartient toujours au patient, que celles-ci soient fondées ou non.**

### 5.3 QUE FAIRE EN CAS DE REFUS DE SOIN DE LA PART DU PATIENT <sup>[13]</sup> ?

**Le patient peut, même en mettant sa vie en danger, refuser des soins ou retirer à tout moment son consentement.**

Si le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse ce qui lui est proposé au risque de sa vie, le soignant ne doit pas se satisfaire du seul refus. Il doit s'efforcer de le convaincre en lui apportant à nouveau toutes les précisions nécessaires, en s'assurant qu'elles sont correctement comprises. Identifier les motivations d'un refus de soin peut aider le soignant, ou l'équipe soignante, à trouver une attitude qui respecte le droit à l'autonomie du patient sans le rejeter.



S'accommoder rapidement du refus du patient et ne pas faire l'effort de comprendre d'où viennent ses réticences, pour lui apporter les informations dont il a le plus besoin, risque de devenir un manquement à la loi, voire une non-assistance à personne en danger. Se livrer à une étude approfondie de la personnalité de chaque patient serait une tâche impossible. Mais il existe quelques catégories générales qui peuvent servir de points de repère pour le soignant. Quatre sont particulièrement typiques : la crainte des soins, le sentiment d'invulnérabilité, l'autoagressivité et la précarité.

(Guy Darcourt, professeur émérite en psychiatrie – 2018) <sup>[15]</sup>

Par ailleurs, le patient peut solliciter l'avis d'un autre professionnel de santé. Le soignant doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de sa décision et de sa gravité. Dans tous les cas, le patient doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Il peut être indiqué parfois, en cas de refus du patient, de lui faire consigner par écrit ce refus et la délivrance des informations, pour lui signifier d'une autre manière la gravité de sa décision. Dans ce cas, le document doit figurer au dossier médical.

**En cas de situation évocatrices d'une pathologie mentale, ne pas hésiter à demander un avis psychiatrique pour une éventuelle mise en œuvre de la procédure de soins sans consentement (cf. outil Soins de Santé Primaires « Urgences en santé mentale » de la Direction de la santé).**

*Rappel : Soins psychiatriques sans consentement du patient (cf. outil Soins de Santé Primaires « Urgences en santé mentale » de la Direction de la santé)*

	Conditions préalables	
<b>Soins à la demande d'un tiers (SDT)</b>	Les troubles mentaux du patient rendent impossible le consentement aux soins. L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou régulière en ambulatoire.	
<b>Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)</b>		Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.
<b>Soins pour Péril Imminent (SPI)</b>		Péril imminent pour la santé de la personne dûment constaté par un certificat médical. Impossibilité de recueillir la demande d'un tiers.
<b>Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)</b>	Troubles mentaux qui nécessitent des soins. Sûreté des personnes (tiers ou elle-même) compromise ou atteinte grave à l'ordre public.	



#### En pratique

Il est déconseillé de faire signer au patient un document dans lequel il s'engagerait à renoncer à toute poursuite judiciaire en cas de complication. Cette pratique est déconseillée car :

- **elle ne permet pas de se prémunir contre d'éventuelles poursuites.** En effet, ce type document signé n'a strictement aucune valeur sur le plan juridique devant un tribunal, en vertu du principe selon lequel « *nul ne peut renoncer à faire valoir ses droits en justice* ». (Article 16 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen).
- **elle pourrait être regardée comme une intention suspecte** de « *couvrir* » tout type de comportement contraire aux règles de l'art, une volonté de contourner la loi.

## 5.4 QUE FAIRE EN EN CAS DE REFUS DE SOINS EXPRIME PAR UN OU DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE ?

Il peut arriver que les parents ou représentants légaux des mineurs s'opposent à ce qu'un traitement ou une intervention chirurgicale soit effectué ou qu'ils décident de faire sortir l'enfant de l'établissement de santé contre l'avis des médecins. La question est de savoir dans quelle mesure le personnel hospitalier peut intervenir pour protéger l'enfant et cela contre la volonté des parents. **La loi prévoit que le médecin doit respecter la volonté des parents après les avoir informés des conséquences de leur choix.**

Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin (ou autre professionnel de santé) peut transmettre à la DSFE et/ou au Procureur de la République (*pour information préoccupante ou signalement, en fonction des situations*) le « **Formulaire pour adulte vulnérable et mineur en danger – Formulaire destiné aux professionnels** ».



### Le formulaire F002-CS

Le « *Formulaire pour adulte vulnérable et mineur en danger – Formulaire destiné aux professionnels* » (F002-CS - Maj du 12/04/2020) est disponible sur le site internet de la Direction de la santé. Les modalités de transmission y sont explicitées.

**En cas d'extrême urgence**, la loi impose que le **médecin délivre les soins indispensables** à savoir ceux qui mettront le jeune patient à l'abri des conséquences graves pour sa santé. Le médecin prend donc dans ce cas la décision d'intervenir après avis d'un autre médecin et dressera ensuite une attestation d'urgence de la situation, cela sans attendre le retour de la saisie de la DSFE et/ou du Procureur de la République (via le formulaire F002-CS).

**En l'absence d'urgence**, lorsque les parents ou le représentant légal refusent de signer l'autorisation de soins ou bien si leur consentement ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucun acte de soins, ils devront **signer un certificat de refus de soins**. Les parents peuvent se prévaloir des dispositions du code de la santé publique lorsqu'il s'agit de soins qui ne mettent pas en cause de façon significative l'état de santé du mineur ou si l'abstention de soins s'inscrit dans un contexte culturel de la famille et de ses convictions propres en matière de santé. S'il n'y a pas d'urgence mais que l'acte médical ou chirurgical est indispensable, le médecin doit prévenir la DSFE et/ou le Procureur de la République (selon les situations) en utilisant le **formulaire F002-CS**.

Le médecin mentionnera dans le dossier médical la nécessité des soins, la proportionnalité de l'acte, l'impossibilité d'obtenir l'accord des titulaires de l'autorité parentale en précisant les moyens mis en œuvre pour les faire changer d'avis.

La décision d'opérer doit être signée par le médecin et cosignée par un représentant de l'administration hospitalière ou par un médecin sans lien hiérarchique (vérifier faisabilité).

### *Le cas du refus de transfusion sanguine*

*En cas d'urgence, il faut informer les parents du risque encouru pour l'enfant s'il n'est pas transfusé. Si l'opposition persiste, il faut provoquer une procédure d'assistance éducative du parquet levant l'autorité parentale.*

*Le médecin prend alors la décision de transfuser l'enfant du fait de l'urgence de la situation. Si la transfusion sanguine n'est pas indispensable à la survie de l'enfant et que les parents ou le représentant légal la refusent, ils devront signer un certificat de refus de soins.*

## 6. Le respect de la personne soignée

Le patient a le droit au respect de sa dignité (art. L 1110-2 du CSP), de sa vie privée et du secret des informations le concernant (art. L 1110-4 du CSP).

### 6.1 QU'EST-CE QUE LE RESPECT DE LA DIGNITE ET LE RESPECT DE LA VIE PRIVEE ? <sup>[16]</sup> <sup>[17]</sup>

Dans le domaine de la santé, le **respect de la dignité** concerne le respect de la volonté de la personne et de ses droits, et ce jusqu'à la mort. Ce principe implique pour toute personne :

- le droit d'être traité avec égards,
- le droit à la bientraitance et, de fait, la prévention de la maltraitance,
- le droit au respect de son intégrité physique et psychologique,
- le droit à une fin de vie digne.

Le droit au respect de la **vie privée** implique :

- la protection de l'exercice des droits civiques,
- le respect des croyances religieuses et la liberté de culte,
- le respect des capacités d'autonomie,
- la protection de l'intimité et du lieu de vie,
- le droit à une vie personnelle et familiale,
- le respect de la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales, <sup>3</sup>
- le droit à l'anonymat.

**Tout personnel de santé doit porter la plus grande considération et attention (ex : comportement adapté, politesse, respect de l'intimité, etc.) à toute personne quels que soient son état physique ou mental, sa culture, son origine sociale, ses opinions politiques, son âge. Tout comportement excessif, inapproprié ou déplacé est sanctionnable.**

### 6.2 LE SECRET PROFESSIONNEL : RAPPELS

Le secret professionnel, garanti par le Code pénal, le Code de la santé publique et les divers codes de déontologie des professions de santé, est d'ordre public, c'est-à-dire qu'il s'impose à tous sans possibilité d'y déroger, même si les parties prenantes sont d'accord pour le faire. Les informations à caractère médical sont confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe de soins qui le prend en charge. D'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins peuvent en être destinataires, dans la mesure où le patient en aura été averti et ne s'y sera pas opposé.

<sup>3</sup> cf. Le règlement général de protection des données (RGPD) encadrant le traitement des données.

Il est néanmoins prévu un certain nombre de dérogations, mais toujours encadrées par des textes et limitées à des cas particuliers : dérogations justifiées par le maintien de l'ordre public, la sécurité sanitaire ou la préservation de l'intérêt du patient (révélation de maltraitance, sévices sexuels, perquisition (article 56-3 du Code de procédure pénale) par exemple).



## En pratique

### ***Dans quels cas existe-t-il une obligation de divulguer l'information***

- déclaration des naissances et des décès (délibération n° 83-79 du 28 avril 1983),
- placements d'office en hôpital psychiatrique (cf. partie « *Le consentement aux soins* »),
- maladies à déclaration obligatoire (anonymisées),
- déclaration des maladies professionnelles.

Il existe également une **obligation de transmission des données individuelles** à la charge des médecins et biologistes en cas de maladies nécessitant une intervention urgente ou en cas de maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. Les modalités de transmission des données et la liste des maladies concernées sont précisées par la loi du pays n° 2019-8 du 1er avril 2019 et par l'arrêté n° 584 CM du 18 avril 2019 modifié.

### ***Télé médecine***

*Le médecin peut être considéré comme faisant partie de l'équipe de soins au sens de l'article L 1110-12 du CSP : Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :*

- ***soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret,***
- ***soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge,***
- ***soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.***

### 6.3 LA BIENTRAITANCE ET LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

Une attention particulière doit être portée sur la **maltraitance (= toutes formes d'atteinte à l'intégrité physique ou morale de l'usager) « ordinaire »** <sup>[18]</sup> qui correspond à des négligences passives relevant de l'ignorance ou de l'inattention. Elle n'est ni délictuelle ni intentionnelle. Elle est présente dans le quotidien, banalisée, parfois presque invisible et impalpable, et concerne souvent l'institution plus que les individus. On distingue deux grands types de maltraitance ordinaire :

- la maltraitance liée à des comportements individuels (ex : les professionnels qui échangent et discutent entre eux en ignorant le patient présent dans la pièce, les professionnels qui n'entendent pas ce que leur disent les malades ou leurs proches, les menaces et humiliations, la culpabilisation des proches, etc.),
- une maltraitance liée à l'organisation (ex : la mise à distance des proches, le manque de disponibilité des professionnels, le rythme imposé des soins, le bruit, les dysfonctionnements d'une organisation complexe, les sorties mal préparées, l'absence de réponse aux courriers de doléance, etc.).



#### En pratique

- Se rendre disponible dans les meilleurs délais.
- Accueillir avec courtoisie et politesse, s'adresser aux patients de façon adaptée.
- Respecter l'espace personnel de la personne soignée (chambre).
- Regarder et écouter ce que la personne vous dit ou vous montre.
- Être prévenant et souriant envers toute personne.
- Être discret, respecter la confidentialité des entretiens, courriers, appels téléphoniques, etc. du patient.
- S'assurer qu'aucune donnée médicale ne soit accessible depuis les couloirs ou les chambres.
- Personnaliser la relation avec la personne soignée et l'entourage.
- Être clair et précis dans ses propos et ses gestes.
- S'assurer d'avoir été compris.
- Respecter les valeurs exprimées et les réponses de la personne, ne pas porter de jugement sur les croyances et convictions ainsi que les choix de vie du patient.

#### Des droits ... et des devoirs <sup>[17]</sup>

Ces droits au respect de la personne soignée impliquent des devoirs liés à la vie en communauté. Ces devoirs font appel aux règles de « savoir vivre » et de citoyenneté. Ils sont nécessaires au respect des autres usagers, au bon déroulement des soins et au bon fonctionnement de la structure. D'une manière générale, l'usager doit respecter :

- **le règlement intérieur et les consignes de la structure** (interdiction de fumer, respect des horaires, ne pas introduire de boissons alcoolisées au sein de l'établissement, etc.),
- l'ensemble des **professionnels de la structure** (ne pas manifester un comportement agressif, irrespectueux, intimidant ou menaçant, ne pas commettre d'incivilités). De plus, le patient ne peut refuser d'être soigné ou pris en charge par un médecin, un infirmier ou un personnel soignant en raison de discrimination (origine, ethnique, origine sociale, apparence, croyances, etc.),
- les **autres usagers** (le repos, la tranquillité, la confidentialité et l'intimité des autres patients).

## 7. Prise en charge de la douleur, soins palliatifs et fin de vie

Le patient a le droit <sup>[1]</sup> :

- de recevoir des traitements et des soins visant à soulager la souffrance (art. L 1110-5-3 du CSP),
- à ne pas recevoir de soins lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable (art. L 1110-5-1 du CSP),
- d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance (art. L 1110-5 du CSP),
- aux soins palliatifs et à un accompagnement (art. L 1110-9 du CSP),
- dans certaines situations, et à la demande du patient, le droit à bénéficier d'une sédation profonde (art. L 1110-5-2 du CSP).

### 7.1 QUELLES SONT LES OBLIGATIONS LIEES A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ? <sup>[19]</sup>

Les soignants doivent :

- **utiliser les moyens les mieux adaptés** pour prévenir et soulager la douleur (antalgiques, méthode non médicamenteuse, etc.).
- **informer le patient sur la prise en charge de la douleur** et sur les risques de douleurs provoquées par un soin. Il ne s'agit pas d'inquiéter le patient, mais de l'informer des apports des traitements mais aussi de leurs limites, en particulier pour prévenir toute angoisse lors de la survenue de douleur.
- Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier **évalue la douleur du patient** (art. 1er à 6 de l'arrêté n° 449 CM du 2 avril 2009<sup>4</sup> modifié). Si l'infirmier constate que le traitement antalgique administré au patient n'est pas suffisant, il doit en informer le médecin qui pourra le changer ou l'adapter selon les besoins du patient.
- Le médecin doit s'efforcer de **mettre en œuvre les moyens antalgiques** dont il dispose pour soulager au mieux son patient. En effet, la prise en charge de la douleur est un acte de soin à part entière et à ce titre, le professionnel de santé est tenu à une obligation de moyen. Cette obligation se définit comme une « *prise en charge attentive, consciencieuse et conforme aux données actuelles et acquises de la science* ».



**Il est important que l'évaluation de la douleur apparaisse dans le dossier médical du patient.**

Sa gestion doit être réalisée avec la plus grande rigueur, en utilisant les échelles d'évaluation de la douleur, avec mention des heures d'évaluation, de la cotation (cotation au repos et cotation lors des mobilisations) et du suivi. En cas de saisie du dossier par un expert judiciaire, l'absence de toute mention dans le dossier de soins laisserait à penser que l'évaluation n'a pas été faite et pourrait faire conclure à un manquement dans la prise en charge globale du patient.

<sup>4</sup> Arrêté n° 449 CM du 2 avril 2009 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

## 7.2 LA PERSONNE MALADE EN FIN DE VIE PEUT-ELLE DEMANDER L'ARRET OU LA LIMITATION DE SES TRAITEMENTS ? <sup>[20]</sup>

Le principe posé par la loi est que la personne malade, consciente et en état d'exprimer sa volonté, peut refuser toute investigation ou tout traitement même si ce refus met sa vie en danger (cf. Partie : Droit à participer à la décision médicale ou consentement aux soins). En fin de vie, le médecin doit, **sans délai**, respecter la volonté ainsi exprimée par le malade, après l'avoir informé sur les conséquences de son choix. Dans tous les cas, la procédure suivie, comme la décision, sont inscrites dans le dossier médical du patient et la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs doit toujours être dispensée.

**Si la personne malade n'est plus en état d'exprimer sa volonté**, le médecin peut prendre la décision d'interrompre ou de ne pas entreprendre des traitements jugés « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie* » à l'issue d'une procédure collégiale (= concertation avec l'équipe de soins et l'avis motivé d'au moins un médecin extérieur au service). Cette procédure collégiale peut être demandée par le médecin, l'équipe médicale mais aussi par la famille et les proches sur le fondement des directives anticipées dont ils seraient dépositaires. La décision finale appartient au médecin qui doit la motiver et l'inscrire dans le dossier médical du patient.



**La procédure collégiale ne dispense pas le médecin de rechercher et de prendre en compte la volonté préalablement exprimée par la personne malade (directives anticipées, témoignage de la personne de confiance). Il prendra également l'avis de la famille et des proches.**

## 7.3 QU'EST-CE QUE L'INTERDICTION DE L'OBSTINATION DERAISONNABLE ? <sup>[20]</sup>

**La fin de vie désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection / maladie grave et incurable.**

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

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

Le code de la santé publique autorise le médecin à ne pas entreprendre de soins inutiles ou disproportionnés et l'oblige à respecter le refus de traitement exprimé par son patient. Il doit être à son écoute et à celle de sa plainte et rechercher son soulagement. Si le seul moyen de soulager la souffrance est d'administrer un traitement sédatif puissant mais qui pourrait avoir comme effet secondaire d'abrégé la vie (on parle de « double effet »), le médecin doit en informer le malade, la personne de confiance et/ou la famille. Il doit, en toute transparence, inscrire sa démarche dans le dossier médical.

**Attention ! La loi n'autorise pas le médecin à donner délibérément la mort.**

## 8. Les recours des patients

Le patient a le droit <sup>[1]</sup> à être entendu par un responsable de l'établissement et d'agir en justice.

### 8.1 LA RECLAMATION (EXPRIME UNE INSATISFACTION DONT L'USAGER DEMANDE LE TRAITEMENT ET LA NON-RECIDIVE) <sup>[21]</sup>

Si un patient est insatisfait de sa prise en charge au sein d'une structure de santé, il peut faire part de son mécontentement soit verbalement et directement, soit par courrier au responsable. En cas d'échec dans la recherche de solutions, une médiation peut être organisée. Qu'elle concerne des aspects médicaux ou non, elle a avant tout pour objectif de renouer le dialogue entre les patients et les soignants.

### 8.2 LA PLAINTE (VISE A FAIRE RECONNAITRE UN PREJUDICE ET A DEMANDER REPARATION) <sup>[22]</sup>

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

- **la procédure amiable.**
  - Une demande préalable chiffrée peut être faite par courrier auprès de la Direction de la santé.
  - L'autorité d'emploi peut, dans le cadre de son pouvoir disciplinaire propre, engager une procédure de sanction contre le professionnel mis en cause.
- **la procédure contentieuse.**
  - La responsabilité du praticien peut être recherchée dans un but indemnitaire.
  - Pour les structures de santé publique dont le professionnel de santé dépend et où le patient est considéré comme un usager du service public, la responsabilité du professionnel sera recherchée sur le plan administratif devant les juridictions administratives.
  - La responsabilité peut aussi être recherchée sur le plan pénal devant les juridictions répressives de l'ordre judiciaire, si les faits reprochés sont constitutifs d'une infraction pénale, l'objectif essentiel étant alors une sanction personnelle du professionnel de santé poursuivi.
- **La procédure disciplinaire.**
  - L'usager peut saisir les conseils ordinaires qui sont amenés à connaître de la responsabilité disciplinaire des professionnels de santé (exerçant dans un établissement public ou à titre libéral) au regard de leurs obligations déontologiques.



#### En pratique

##### *Comment limiter les contentieux ?*

**Déclarer tout événement indésirable (EI) va permettre de limiter les contentieux.** En effet, identifier les EI permet d'analyser la situation, d'identifier d'éventuels problèmes systémiques et, si besoin, de mettre en place des mesures correctrices afin d'éviter que la situation ne se reproduise.

**Vous pouvez déclarer un EI grâce au formulaire « Déclaration officielle des événements indésirables (EI et EIG) » disponible sur le site internet de la Direction de la santé.**

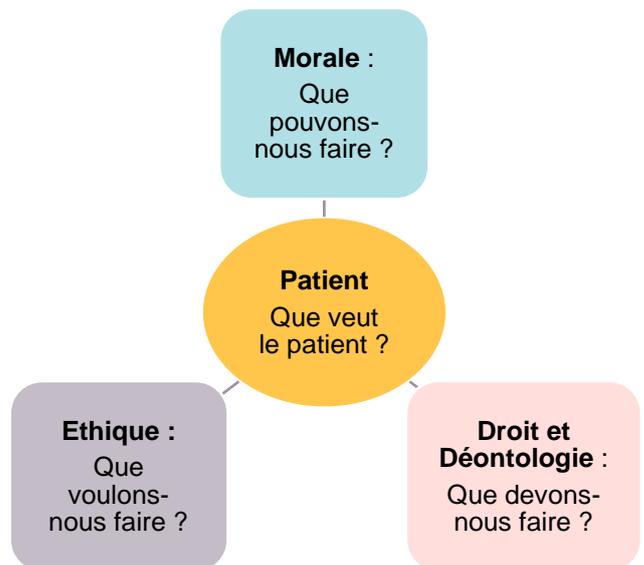
## 9. Ethique : de quoi parle-t-on ? [23]

### 9.1 DEFINITION

Dans le domaine de la santé, l'éthique est un questionnement permanent qui vise à déterminer comment agir au mieux, dans le respect des personnes. Elle nécessite une réflexion collective, des échanges et des débats pour aboutir à des choix ajustés et raisonnables, encadrés par la loi et résultant de l'étude de diverses possibilités.

La notion d'éthique ne peut être définie sans faire référence aux concepts de :

- **morale** (science du bien et du mal qui se fonde sur un ensemble de règles et qui indique les conduites à tenir et les interdictions pour assurer une vie harmonieuse en société),
- **droit** (ensemble des règles qui définit les droits et les responsabilités de chacun dans la société),
- **déontologie** (ensemble des règles qui régit une profession selon des normes).



L'éthique est une réflexion, une recherche sur les valeurs humaines : la vie, la mort, le respect de la personne, la liberté, la confidentialité, etc. Plus que de permettre de discerner entre le bien et le mal, elle amène à choisir entre plusieurs formes de bien, voire le moindre mal. Elle repose sur la réflexion, les qualités humaines et l'ouverture. Elle fait aussi progresser l'universalité et la sollicitude envers tout autre que soi (*Paul RICOEUR*).<sup>[24]</sup>

### 9.2 INTERETS DE L'ETHIQUE DANS LE DOMAINE DU SOIN

- Reconnaître la personne malade comme un sujet à part entière.
- Prendre des décisions justes et acceptables pour la personne malade.
- Faire émerger des pistes de réflexions.
- Donner un sens aux pratiques soignantes.
- Renforcer des relations de confiance soigné/soignant.
- Développer des compétences par un exercice continu de discussions.

#### Exemples de situations où peuvent émerger des questions éthiques

- Les situations de **refus alimentaire**.
- Les situations de **refus de soins**, pour des raisons de pratiques ou de croyances (médecine traditionnelle, religion, principes familiaux, etc.), hors cas d'urgence.
- Les situations d'accompagnement de fin de vie (« *euthanasie* »).

### 9.3 LA REFLEXION ETHIQUE [25]

**La réflexion éthique n'apporte pas de réponses toutes faites, car elle concerne des cas singuliers.**

La réflexion éthique est une démarche continue de questionnement individuel / collectif qui vise à se remettre en question et à s'interpeller dans les pratiques de soins afin de renforcer sa capacité éthique.

Elle interpelle le mode de penser et d'agir, interroge la posture des soignants et implique autant humilité que responsabilité dans l'acte soignant. C'est une démarche volontaire qui nécessite un engagement et quelques conditions permettant une qualité dans les échanges.

#### *La réflexion éthique en 10 étapes* <sup>5</sup>



**Rendre au malade sa place de sujet** même s'il est vulnérable : lui parler, l'informer, l'écouter, le regarder.



**Poser le problème éthique clairement.** Quelles sont les valeurs en cause, quel est le conflit de valeurs ?



**Identifier les risques éthiques** : manque d'informations sur le malade (désirs, vécu affectif et relationnel), manque de connaissances sur la maladie (exploration, évolution), absence de prise en compte de l'environnement, absence de pluridisciplinarité, fantasmes et projections des soignants et / ou défaut de prise en considération de la famille.



**Prendre le temps de la réflexion.**



**Lister les solutions possibles** à discuter en sachant qu'il est toujours mieux de proposer plusieurs solutions, car la solution unique est mauvaise et les solutions binaires peuvent bloquer la réflexion : il convient de donner du choix.



**Vérifier la faisabilité**, l'aspect juridique, le coût des différentes solutions envisagées, évaluer les bénéfices et les risques pour chacune d'elles.



**Introduire une discussion** avec un ou plusieurs tiers (soignants ou intervenants comme par exemple l'assistante sociale qui connaissent bien la personne et son environnement), dans un esprit de collégialité où chacun peut s'exprimer librement sur la situation et les solutions envisagées.



**Prendre la décision** et en assumer la responsabilité (rôle du médecin référent en charge du malade). Attention, c'est la réflexion qui est collégiale, pas la prise de décision.



**Annoncer et expliquer** au malade, à la famille, à l'équipe soignante, la décision prise. Ecrire cette décision dans le dossier médical.



**Réévaluer la situation** : la décision prise semble la meilleure à ce moment, mais la situation peut évoluer et demander nouvelle réflexion et nouvelle décision.

<sup>5</sup> Adaptée du « Cheminement éthique en 10 points » de Pr. François BLANCHARD

## 10. Bibliographie

- [1] HAS, « Droits des usagers : Information et orientation », *Haute Autorité de Santé*, 2022. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation) (consulté le 18 mai 2022).
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Le refus de soins par un professionnel de santé ». 2019. Consulté le: 18 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-2-le-refus-de-soins-par-un-professionnel-de-sante>
- [3] Caisse de Prévoyance Sociale, « Choisir son médecin traitant », *Caisse de Prévoyance Sociale*. <http://www.cps.pf/espace-assure/droits-et-demarches/par-situation-medicale/choisir-son-medecin-traitant-0> (consulté le 7 juin 2022).
- [4] Assemblée de Polynésie française, « Loi du Pays n° 2018-14 du 16 avril 2018 relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins ». 16 avril 2018. Consulté le: 7 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=516864>
- [5] Direction de la Santé de Polynésie française, « Note de service - N°001922 / MSP/DSP /BAJ ». 2021.
- [6] Collège des médecins de famille du Canada, « Littératie en santé dans le Centre de médecine de famille ». 2016.
- [7] HAS, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ». 2012. Consulté le: 18 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations\\_-\\_delivrance\\_de\\_linformation\\_a\\_la\\_personne\\_sur\\_son\\_etat\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf)
- [8] Académie Suisse Des Sciences Médicales (ASSM), « La communication dans la médecine au quotidien. Un guide pratique », déc. 2019, doi: 10.5281/ZENODO.3576263.
- [9] Ministère des Solidarités et de la Santé, « La personne de confiance ». 2019. Consulté le: 18 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-9-la-personne-de-confiance-215415>
- [10] HAS, « Les directives anticipées concernant les situation de fin de vie. Modèle de formulaire ». 2016. Consulté le: 7 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/da\\_formulaire\\_v2\\_maj.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/da_formulaire_v2_maj.pdf)
- [11] HAS, « La personne de confiance ». 2016. Consulté le: 7 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_personne\\_confiance\\_v9.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf)
- [12] CNIL, « L'accès au dossier médical | CNIL », *Cnil.fr*, 28 août 2013. <https://www.cnil.fr/fr/laces-au-dossier-medical> (consulté le 18 mai 2022).
- [13] Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Recueillir le consentement de mon patient », *Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 6 mai 2019. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient> (consulté le 18 mai 2022).
- [14] D. Roussel, « Une décharge de responsabilité n'a aucune valeur juridique », *MACSF.fr*. <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/decharge-responsabilite-information-patient> (consulté le 18 mai 2022).
- [15] G. Darcourt, « Les motivations des refus de soins », *ADSP*, n° 105, p. 3, 2018.
- [16] ARS Paca, « Le droit au respect de la dignité ». 2017. Consulté le: 18 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/11401/download?inline>
- [17] ARS Paca, « Le droit au respect de la vie privée ». 2017. Consulté le: 18 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/11400/download?inline>
- [18] HAS, « Maltraitance/Bientraitance dans les établissements de santé ». 2010. Consulté le: 18 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette\\_maltraitance\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette_maltraitance_v3.pdf)
- [19] S. Cannasse, « Prise en charge de la douleur : aspects médico-légaux », 2014. <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/prise-en-charge-de-la-douleur-aspects-medico-legaux.html> (consulté le 18 mai 2022).
- [20] Ministère des Solidarités et de la Santé, « La fin de vie ». 2021. Consulté le: 18 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-22-la-fin-de-vie>
- [21] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Je ne suis pas satisfait de ma prise en charge en établissement de santé ». 2020. Consulté le: 19 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-31-je-ne-suis-pas-satisfait-de-ma-prise-en-charge-en-etablissement-de>
- [22] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Les voies de recours en cas de dommages liés aux soins ». Consulté le: 19 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-25-les-voies-de-recours-en-cas-de-dommages-lies-aux-soins>
- [23] Anesm, « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». 2010.
- [24] A. Benmakhlouf, « Qu'est-ce qu'un avis en bioéthique ? », *ADSP*, vol. 77, p. 5, déc. 2011.
- [25] RéGéCAP, « Éthique en santé - Repères pour les soignants ». 2018. Consulté le: 19 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/ethique\\_en\\_sante\\_regecap.pdf](https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/ethique_en_sante_regecap.pdf)



DIRECTION  
DE LA SANTÉ

---