



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

La charte du patient hospitalisé : 10 ans déjà

Groupe n° 6

- Jérôme GOEMINNE
- Chantal GOURIER
- Christian GUYARD
- Alexis JAMET
- Eric JULLIAN
- Christine NALLET
- Elodie PELLETIER
- Sophie ROUVILLOIS
- Corinne SLIWKA
- Paule TOCNEY
- Serge WEILLAND

Animateur/trice(s)

- Josiane JEGU

- François PONCHON

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE RENFORCEMENT PROGRESSIF DES DROITS DU PATIENT (1995-2005)	3
1.1 La charte de 1995 : une portée pédagogique	3
1.1.1 L'absence de valeur normative	3
1.1.2 Une consécration symbolique des droits du patient	3
1.2 Les droits du patient repris par la charte de 1995	4
1.2.1 La garantie d'un service public hospitalier de qualité	4
1.2.2 Une organisation des soins garante du respect des droits du patient	5
1.3 La consécration législative des droits des malades par la loi du 4 mars 2002	6
1.3.1 Un nouveau souffle pour les droits du patient hospitalisé	6
1.3.2 Un bond en avant pour le respect des droits du patient	6
1.3.3 De meilleures garanties de qualité et de réparation des préjudices	8
2 UNE NETTE AMELIORATION DU RESPECT DES DROITS DU PATIENT DEVANT SE POURSUIVRE	10
2.1 La revalorisation du patient au sein du système de santé	10
2.1.1 Du « patient objet » au « patient sujet »	10
2.1.2 Une meilleure représentation des usagers	11
2.1.3 Une connaissance limitée du statut et du rôle de la personne de confiance.....	12
2.2 L'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés	12
2.2.1 Des valeurs républicaines assimilées et de plus en plus respectées	12
2.2.2 Une organisation des soins améliorée mais largement perfectible	13
2.2.3 La généralisation de la démarche qualité	14
2.3 Une judiciarisation des rapports entre le patient et les acteurs hospitaliers	16
2.3.1 L'augmentation des contentieux	16
2.3.2 La nécessité de développer la conciliation médicale.....	16
2.3.3 Le développement des vigilances pour garantir la qualité et éviter les contentieux	18
3 VERS UNE MEILLEURE APPLICATION DES DROITS ET DEVOIRS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	19

3.1	Le projet ministériel 2005 : la charte de la Personne hospitalisée.....	19
3.2	De la charte à l'engagement réciproque	19
3.3	La charte des droits et devoirs de la personne accueillie : une proposition pour 2015.....	21
3.3.1	Les principes fondateurs de la charte	21
3.3.2	Un projet de charte pour 2015.....	21
BIBLIOGRAPHIE	25
	Ouvrages	25
	Autres documents	26
	Sites internet	27
	Principales chartes.....	27
LISTE DES ANNEXES	28

Remerciements

Le groupe tient à remercier les animateurs, Madame Josiane JEGU et Monsieur François PONCHON, ainsi que l'ensemble des interlocuteurs, professionnels de santé, experts et usagers, qui ont apporté leur contribution à l'élaboration de ce rapport.

Liste des sigles utilisés

AMP	Assistance Médicale à la Procréation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANFH	Association Nationale de Formation Hospitalière
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
C.CIV	Code Civil
C.Pen	Code Pénal
CA	Conseil d'Administration
CAA	Cour Administrative d'Appel
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASS	Cour de Cassation
CCPRB	Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale
CDHP	Commission départementale des Hospitalisations psychiatriques
CE	Conseil d'Etat
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CRCI	Comité Régional de Conciliation et d'Indemnisation
CRUQP	Commission de Relation des Usagers et de la Qualité de la Prise en charge
CSP	Code de la Santé Publique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale des Affaires Sanitaires
DGS	Direction Générale de la Santé
DUDH	Direction Universelle des Droits de l'Homme
EFG	Etablissement Français des Greffes
EPS	Etablissement Public de Santé
FHF	Fédération Hospitalière de France
FNG	Fédération Nationale de Gérontologie
FSEF	Fondation Santé des Etudiants de France
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONIAM	Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONU	Organisation des Nations Unies
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
RFDA	Revue Française de Droit Administratif
TGI	Tribunal de Grande Instance
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles des Malades Psychiques

INTRODUCTION

La charte du patient hospitalisé fête ses dix ans. Annexée à une circulaire en date du 6 mai 1995, elle énonce des droits issus de multiples textes antérieurs mais n'a pas de valeur normative. Dans le champ sanitaire, social et médico-social, des chartes sont octroyées par de nombreux acteurs : ministères, associations, sociétés savantes ou établissements de santé. Et des chartes spécifiques à une catégorie de patients ont même été rédigées. A titre d'exemple, la charte de l'enfant hospitalisé¹ a été réalisée par plusieurs associations européennes à Leiden en 1988. Ce document comportant une dizaine d'articles insiste sur la nécessité de garantir un environnement adapté à l'enfant et énonce les obligations de réduire sa douleur et de préserver son intimité. Néanmoins ces chartes n'ont la plupart du temps qu'une portée symbolique.

Une charte est avant tout le reflet d'une société dans un domaine particulier. La charte du patient hospitalisé s'inscrit donc dans un contexte international et national.

Au plan international, c'est la déclaration universelle des droits de l'Homme de l'ONU du 10 décembre 1948 qui a constitué les premiers fondements du droit des patients. Le Conseil européen va plus loin en 1961, en adoptant une charte sociale européenne consacrant un droit à la santé. Pour illustrer cette influence extérieure, il est utile de citer la judiciarisation des rapports entre les usagers et le système de santé aux Etats-Unis. En effet, les cabinets d'avocats sont aux portes même des hôpitaux et aident les patients à faire reconnaître leurs droits. Une réelle crainte s'installe chez le législateur et les professionnels. Y a-t-il un risque de dérive en France ? Faut-il chercher à s'en prémunir ?

Au plan national, le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 établit les premières bases du droit des patients, en garantissant à tous «la protection de la santé² ». En 1975³, une charte du malade hospitalisé pose les fondements des droits de la personne hospitalisée dans le secteur sanitaire. Cette charte est réactualisée vingt ans après par une circulaire du 6 mai 1995 : c'est la nouvelle charte du patient hospitalisé. Dans cet intervalle, les crises sanitaires dont celle du sang contaminé, ou des hormones de croissance, ont permis de prendre conscience que la santé est un enjeu majeur de société, et que nul ne peut se prévaloir d'en détenir seul les clés, pas plus un établissement réputé, qu'un professionnel compétent. D'autre part, la concrétisation de la

¹ Rédaction réalisée par des associations issues de l'Allemagne, des Pays Bas, de la Belgique, de la Suisse, de la Suède, de la Norvège, de la Finlande, du Danemark, de la Grande Bretagne, de l'Islande, de l'Italie et de la France.

² Cette disposition sera reprise notamment par la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 et précisée dans l'art. L. 1110-1 du CSP (loi du 4 mars 2002)

³ Elle fait suite à un décret du 14 janvier 1974

notion de responsabilité médicale sans faute à la suite de l'arrêt Bianchi du 9 avril 1993, a pesé sur l'ensemble des décisions prises dans le domaine de la santé, professionnels et institutionnels compris.

Il est fait obligation aux établissements d'annexer la charte du patient hospitalisé à leur livret d'accueil⁴ et de l'afficher dans l'établissement et chaque service. Il s'agit de répondre à une lacune de taille : les patients peuvent recevoir plus d'informations de la part des médias, que de leurs médecins et des établissements. Les magazines commencent à classer les hôpitaux en fonction de différents critères (nombre de décès en chirurgie, ...), les émissions télévisuelles détaillent pour chaque maladie les traitements les plus en pointe. Cette tendance a permis une augmentation générale du niveau de connaissances sur la santé et un rééquilibrage des pouvoirs entre médecins et patients. La révélation de plusieurs cas d'accidents médicaux, ayant pu entraîner la mort des patients ou de graves incapacités, a encouragé cette démocratisation de l'accès à l'information sanitaire.

Initiée dans un premier temps pour synthétiser des textes déjà existants, la charte de mai 1995 a permis de fixer aux acteurs des objectifs sur une politique commune d'accueil des patients hospitalisés. Ce texte n'est alors qu'un embryon de ce qui donnera corps sept ans plus tard à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. L'une des concrétisations législatives les plus récentes, reprenant et explicitant des éléments de la charte du patient hospitalisé est la loi de santé publique du 9 août 2004. Ainsi, un de ses articles précise que la conférence nationale de santé doit remettre aux pouvoirs publics un rapport sur le respect des droits des patients. Un programme régional de santé publique doit également être établi et contenir des éléments précis sur la prévention et l'accès aux soins.

Dans ce contexte, il convient de se demander dans quelle mesure la charte du patient hospitalisé a eu, et pourrait avoir encore demain, un impact sur l'organisation des établissements de santé, les pratiques des professionnels et la prise en charge des patients.

Après avoir fait un bilan législatif et réglementaire des dix dernières années (I) et étudié les impacts de cette charte sur le système de santé (II), il conviendra d'envisager des perspectives (III).

⁴ CASF art. L.311-4 et CSP art. L. 1112-2

1 LE RENFORCEMENT PROGRESSIF DES DROITS DU PATIENT (1995-2005)

La charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995, dont la portée est essentiellement pédagogique, a permis un renforcement des droits des malades qui ont ensuite été consacrés par la loi du 4 mars 2002.

1.1 La charte de 1995 : une portée pédagogique

1.1.1 L'absence de valeur normative

Annexée à une circulaire, la charte du patient hospitalisé n'a aucune valeur juridique contraignante. Il s'agit d'un acte de communication visant à informer les usagers mais aussi les agents hospitaliers et les équipes de direction de l'ensemble des droits du patient au sein du service public hospitalier. Ainsi, la circulaire de 1995 prévoit que la charte du patient hospitalisé soit affichée dans chacun des services et la loi⁵ dispose que chaque établissement la remet aux patients dans le livret d'accueil.

Tout acteur de l'hôpital est sensé connaître la charte, des services administratifs aux patients, des personnels médicaux aux soignants. La portée de la charte des droits du patient hospitalisé est donc essentiellement pédagogique : pour garantir le respect des droits du patient, elle vise à informer pour participer à l'amélioration des pratiques professionnelles au sein de l'hôpital.

1.1.2 Une consécration symbolique des droits du patient

La charte n'a fait que reprendre les droits préexistants du patient. Il s'agit d'un résumé de normes législatives et réglementaires qui doit être compréhensible par toute personne. Les valeurs proclamées sont directement issues des principes essentiels qui doivent primer dans le fonctionnement du service public hospitalier.

Pour autant, l'application des principes rappelés par la charte de 1995 ne pouvait être effective, puisque les textes législatifs et réglementaires qui présidaient ces principes demeuraient trop généraux. Et la charte, résumant ces derniers, n'a ni enrichi qualitativement les droits du patient ni édicté des règles permettant leur application. C'est pourquoi le gouvernement, le juge et le législateur ont dû affiner par la suite les modalités d'application des droits du patient.

⁵ CSP art. L 1112-2

1.2 Les droits du patient repris par la charte de 1995

1.2.1 La garantie d'un service public hospitalier de qualité

La charte des droits du patient souligne dans ses articles 1, 6 et 8 que les valeurs républicaines de liberté, d'égalité, et de solidarité, par ailleurs rappelées dans d'autres chartes plus spécifiques, s'appliquent à la prise en charge du patient. Ainsi, l'accessibilité au service public hospitalier est le premier droit du patient : l'accueil 24h sur 24 de toute personne sans distinction d'origine, de religion, d'âge, de sexe, de situation familiale, ou d'handicap, doit être garanti. Pour cela, la loi dispose que l'accueil des plus démunis, sans condition de ressources, et l'aide pour les démarches administratives sont obligatoires. Ensuite, à condition de ne pas perturber la dispensation des soins et sauf cas d'urgence ou contraintes liées à l'organisation du service, le malade a le libre choix de son praticien et de son établissement de santé. Le droit à l'information et au consentement aux soins⁶ doit lui être garanti. Conformément au principe de liberté, la charte rappelle que le patient hospitalisé peut à tout moment quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi⁷. Enfin, le service public hospitalier est laïc. La loi énonce ce principe : tous les patients sont traités de la même façon quelles que soient leurs croyances religieuses⁸ et doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte⁹. Mais la charte du patient hospitalisé rappelle que l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres patients et au fonctionnement régulier du service. Il faut souligner que si l'obligation de neutralité du service public est affirmée par la jurisprudence depuis plus d'un demi-siècle¹⁰, le silence demeurerait quant à la mise en pratique de ce principe par les personnels hospitaliers.

L'article 2 de la charte garantit la qualité des traitements, des soins et de l'accueil, et l'attention au soulagement de la douleur au sein du service public hospitalier. Pour assurer cette qualité des soins, le Code de la santé publique donne une valeur légale au principe de proportionnalité entre le bénéfice et le risque thérapeutique. Il faut souligner que la charte du patient hospitalisé insiste sur le droit de demander réparation des préjudices que le patient estimerait avoir subis. Il s'agit donc des conséquences de la non-qualité de sa prise en charge mais aussi des aléas thérapeutiques.

⁶ CSP art. L 1111-4

⁷ opcit ; CSP art. L 1111-5

⁸ CSP art. L 6112-2

⁹ CSP art. L 1112-46

¹⁰ CE, 1950, Jamet

1.2.2 Une organisation des soins garante du respect des droits du patient

Les droits et principes fondamentaux trouvent leur réalisation dans l'organisation des soins. C'est pourquoi la charte de 1995 réaffirme dans ses articles 3, 4, 5, 7, 8 et 9 les droits à l'information, au consentement, au secret médical et à la communication du dossier médical, tous consacrés au niveau européen et mondial, même s'il existe des dérogations strictement encadrées. Le patient a droit à une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé, son évolution prévisible et les investigations et soins qui lui sont proposés, afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé. Ce recueil du consentement est obligatoire avant tout acte. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, en cas d'urgence ou de force majeure, le médecin peut agir sans son consentement si l'acte est nécessaire.

Il faut souligner que les fondements du secret professionnel et du respect de la dignité reposent sur la prise en compte de la liberté et de la personne humaine¹¹. En milieu hospitalier ils sont d'autant plus saillants que les personnels médicaux et soignants accèdent à la sphère d'intimité du patient. Par conséquent, le secret médical, général et absolu¹², couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du professionnel et toutes les informations dont les agents sont dépositaires, même à l'insu du patient. Le Code Pénal, le Code de la Santé Publique, le Code de déontologie médicale et les règles professionnelles des infirmières garantissent le secret médical. D'ailleurs, la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) a récemment confirmé cette position adoptée par les juridictions internes françaises¹³. Enfin, la loi du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public a ouvert une possibilité d'accès par le patient à son dossier médical. La charte du patient hospitalisé a confirmé cet accès au dossier médical. Néanmoins ces informations ne pouvaient être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet et aucune règle existante ne formalisait les procédures à suivre.

¹¹ CE, Rapport 1998 relatif au droit de la santé.

¹² Principe fixé par le serment d'Hippocrate, puis institué par l'article 378 du C. Pén. de 1810, le secret médical a été précisé par l'arrêt Watelet de la Cour de Cassation du 19 décembre 1885 : est ainsi condamnée « toute révélation du secret sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire ».

¹³ CEDH, 18 mai 2004, Société Plon contre France : le secret médical est général et absolu et le professionnel de santé ne peut s'en trouver délié par un intérêt légitime ou par la volonté de son patient.

1.3 La consécration législative des droits des malades par la loi du 4 mars 2002

1.3.1 Un nouveau souffle pour les droits du patient hospitalisé

La Charte du patient hospitalisé, première synthèse des droits du patient hospitalisé, est rapidement apparue insuffisante pour les associations de malades et de patients. En réponse à leurs attentes, le Premier Ministre a annoncé dès juin 1999 la présentation au Parlement d'un texte sur les droits des malades. Le calendrier électoral et le nombre de projets de lois en attente au Parlement ont conduit le Gouvernement à présenter une loi portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social dénommée « loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Cette loi fleuve de 126 articles consacre ses cinq titres à la solidarité envers les personnes âgées, à la démocratie sanitaire qui développe les droits du patient, à la qualité du système de santé, à la réparation des risques sanitaires et enfin aux dispositions relatives à l'outre-mer.

Si cette loi constitue une avancée très importante en matière de droits des personnes malades, ce texte apparaît néanmoins incomplet. Tout d'abord il semble déséquilibré car les devoirs du patient ne sont pas abordés. Renforcer les droits des personnes malades sans contrepartie porte le risque de décourager certains professionnels qui fuiront certaines disciplines et certaines formes de soins. Ensuite, la loi n'aborde pas les sujets les plus sensibles comme la fin de vie.

Pourtant, la loi du 4 mars 2002 a donné un nouveau souffle à la reconnaissance des droits du patient. Cette dynamique a été entretenue par la publication des décrets d'application qui mettent en pratique les principes énoncés par la loi mais aussi par l'adoption ultérieure de textes législatifs déclinant les droits du patient, comme la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

1.3.2 Un bond en avant pour le respect des droits du patient

La loi du 4 mars 2002 consacre les droits des malades. Elle constitue un véritable bond en avant pour le respect des droits du patient puisqu'elle attribue à des droits préexistants une valeur législative et reconnaît à toute personne malade les mêmes droits quel que soit le mode d'exercice du professionnel de santé. Le respect des droits du patient s'affirme comme une priorité puisqu'il est prévu par la loi que l'accréditation des établissements de santé tienne compte des mesures prises pour l'assurer.

Le secret médical est consacré en « droit fondamental » par la loi du 4 mars 2002. Le malade peut ainsi désigner par écrit une personne de confiance qui pourra d'une part être

consultée s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté et d'autre part l'accompagner dans les démarches médicales. Il appartient donc à l'établissement de santé de proposer au malade de désigner une personne de confiance lors de toute hospitalisation. De plus, une nouvelle dérogation au principe du secret a été instituée en reconnaissant aux ayants droits du défunt un accès à son dossier médical¹⁴ afin d'obtenir les informations correspondant à une demande particulière, sauf opposition du défunt de son vivant. Enfin, cette même loi a introduit la notion de secret partagé pour régulariser les échanges d'informations indispensables à l'intérêt du patient¹⁵. A noter que le secret médical ne doit pas servir des intentions malhonnêtes : ainsi le juge peut accorder des dérogations exceptionnelles au secret général et absolu en matière médicale¹⁶.

Les droits à l'information et au consentement sont aussi renforcés et précisés par la loi du 4 mars 2002. Désormais, toute personne a le droit d'être informée des frais auxquels elle pourrait être exposée¹⁷. Surtout, le patient a le droit d'être avisé de son état de santé au cours d'un entretien individuel et il est désormais un véritable co-auteur de la décision médicale, ce qui consacre son droit au consentement¹⁸. Si la loi rappelle que « aucune intention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille ou à défaut un de ses proches n'ait été consulté », le juge a précisé qu'un médecin ne porte pas une grave atteinte à cette liberté si après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins, il accomplit un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état¹⁹. De plus, l'accès au dossier médical peut désormais avoir lieu soit directement²⁰, soit par l'intermédiaire d'un médecin. Les notes manuscrites, partie intégrante du dossier patient, sont désormais communicables²¹. Enfin, la loi impose à tout professionnel et à tout établissement d'informer dans un délai de quinze jours toute personne s'estimant « victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ».

Le rôle attribué aux représentants des usagers est confirmé puisque la loi reconnaît une participation plus importante des associations de malades et d'usagers du système de

¹⁴ CSP art. L 1110-4 et art. L 1111-7 ; art. 7 du décret n°2002-637 du 29 avril 2002

¹⁵ Celui-ci doit être informé que les professionnels partageant les informations sont soumis au secret professionnel, mais il a le droit de s'opposer à ces échanges d'informations.

¹⁶ Cass., 7 décembre 2004 sur une mesure d'expertise dans une procédure civile pour régler un contentieux relatif aux assurances de personnes.

¹⁷ CSP art. L 1111-3

¹⁸ CSP art. L 1111-4 : « 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 ».

¹⁹ CE, Ordonnance de référé du 16 août 2002.

²⁰ CSP Art. L 1111-7

²¹ CAA Paris, 16 septembre 2004, Mme ULLA X

santé aux instances hospitalières²². De plus, une nouvelle instance de concertation, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQP), se substitue à la commission de conciliation et veille au respect des droits des patients.

Enfin, la prise en charge de la douleur est désormais reconnue comme une mission des Etablissements Publics de Santé²³, conformément à la charte de 1995.

1.3.3 De meilleures garanties de qualité et de réparation des préjudices

Le service public hospitalier doit être de qualité. L'application de l'article 2 de la charte du patient hospitalisé relatif au droit à la qualité est évaluée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la procédure de certification²⁴. De plus, pour que les pratiques s'améliorent constamment, la formation médicale continue²⁵ est devenue obligatoire. La loi du 4 mars 2002 conforte le droit de bénéficier de soins de qualité. Des procédures de vigilance sont progressivement instituées²⁶. Il est dans les missions des établissements de santé²⁷ et de la responsabilité des professionnels de santé de signaler tout accident médical, affection iatrogène, infection nosocomiale et évènement indésirable. Enfin, le rôle des comités de lutte contre les infections nosocomiales²⁸ est confirmé.

Les modalités de réparation des préjudices qu'auraient subis les patients sont également précisées afin de permettre une simplification et une effectivité de ce droit proclamé par la charte. Ainsi la loi du 4 mars 2002 dispose que la responsabilité pour faute simple des professionnels de santé est le principe, la seule exception demeurant pour le handicap causé par une faute caractérisée. La responsabilité sans faute subsiste exclusivement dans les hypothèses de responsabilité pour produits défectueux et de dommages résultant d'infections nosocomiales. En cas d'échecs des mécanismes de responsabilité, l'aléa thérapeutique, étendu aux infections nosocomiales, est réparé au titre de la solidarité nationale. Pour faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, la loi institue des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des

²² cf Décret n°2005-300 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique

²³ CSP art. L.1110-5

²⁴ HAS. Septembre 2004. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Version 2: le respect des droits et l'information du patient doivent être inscrites dans les priorités des l'établissement

²⁵ Prévue par l'ordonnance n°96-345 du 21 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

²⁶ En matière de sécurité transfusionnelle, de matériovigilance ou de sécurisation des dispositifs médicaux, de pharmacovigilance, de biovigilance et de toxicovigilance

²⁷ CSP L. 6111-1

²⁸ CLIN institués par la loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998, et circulaire 2003-02 du 3 janvier 2003

affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI)²⁹ et une commission nationale des accidents médicaux qui établit la liste des experts en accidents médicaux. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)³⁰ est chargé d'indemniser les accidents qui n'engagent aucune responsabilité. Par ailleurs, cette loi du 4 mars 2002 a mis fin à la jurisprudence *Perruche*. La loi affirme ainsi dans son article 1^{er} que « Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance. La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer ».

Si la charte du patient et ses prolongements issus de la loi du 4 mars 2002 ont été très positifs pour les malades, cette nette amélioration des droits dans les établissements de santé doit être poursuivie.

²⁹ Elles ont pour rôle de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux entre usagers et professionnels ou établissements; elles peuvent être saisies directement par la victime

³⁰ Créé par le décret du 29 avril 2002

2 UNE NETTE AMELIORATION DU RESPECT DES DROITS DU PATIENT DEVANT SE POURSUIVRE

Afin de poursuivre cette nette amélioration du droit des patients, il convient de continuer leur revalorisation au sein du système de santé et l'amélioration de leur prise en charge, tout en prenant compte de la judiciarisation croissante des rapports au sein du monde hospitalier.

2.1 La revalorisation du patient au sein du système de santé

2.1.1 Du « patient objet » au « patient sujet »

La charte de 1995 comporte un caractère éminemment pédagogique, passant de droits confidentiels à des droits affichés. Compréhensible tant par le patient que par ceux qui sont chargés de l'appliquer, elle a ainsi permis une meilleure information, ce qui est indispensable à une adhésion totale du patient aux soins qui lui sont prodigués. L'affichage de la charte sous sa forme résumée dans les services de soins est devenue pratique courante. Il en est de même pour le livret d'accueil, auquel elle est annexée systématiquement. Certes, il s'agit généralement de communiquer un document synthétique, mais cela demeure un progrès considérable dans l'information des usagers. C'est d'ailleurs sous une forme simplifiée qu'est prévue la diffusion de la prochaine charte actuellement en préparation au Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Cependant, il est important de préciser que pour certains patients, tels que ceux des hôpitaux psychiatriques, l'accessibilité et la compréhension de cette charte restent difficiles du fait, notamment, de leur état psychologique. Les documents à eux seuls ne suffisent pas à transformer les pratiques et une attention particulière doit être portée à leur évaluation. Alors qu'un questionnaire de sortie est joint, comme la charte, au livret d'accueil, les établissements demeurent peu préoccupés par une exploitation systématique de ces outils, bien qu'ils pointent des dysfonctionnements relatifs au respect des droits des patients.

Malgré ces quelques critiques, la charte a impulsé une évolution majeure des mentalités. L'émergence progressive des droits des usagers à travers différents documents tels que la charte, a provoqué un véritable changement culturel au sein des établissements. Cette évolution survient dans un contexte sociétal marqué par une modification des comportements et des valeurs : les usagers sont davantage demandeurs d'informations et exigent une transparence des actions menées vis-à-vis d'eux. L'organisation des soins dans les établissements a donc connu une mutation importante, reposant sur la contractualisation des rapports entre les membres de l'équipe soignante et le patient. Ce

dernier devient un véritable acteur/auteur dans les décisions concernant sa santé. Il y a eu un passage du patient « objet de soins » à un patient « sujet de soins », au risque de passer à un « client roi ». Ainsi, cette évolution a introduit un respect mutuel entre l'utilisateur et l'établissement qui doit aujourd'hui prendre en compte ses attentes et respecter ses volontés.

2.1.2 Une meilleure représentation des usagers

La représentation des usagers dans les instances des établissements a fortement été renforcée dans les pratiques depuis 1995. L'institutionnalisation des associations d'usagers par la loi du 4 mars 2002 leur permet désormais, quand elles sont agréées par les pouvoirs publics, d'agir en justice en lieu et place du malade concerné par un litige avec un professionnel de santé. Les associations détiennent désormais un contre-pouvoir important. Au niveau des établissements, le rôle des représentants d'usagers au sein des Conseils d'Administration (CA) et des Commissions des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQP) est reconnu. Au niveau régional, les représentants d'usagers ont fait leur apparition dans les Conseils Régionaux de Santé, même si certains regrettent aujourd'hui leur suppression depuis la loi de santé publique du 9 août 2004. A titre d'exemple, l'ARH de Bretagne accorde une place aux usagers dans son fonctionnement. De manière générale, l'avis des usagers est de plus en plus sollicité pour l'élaboration des projets d'établissement. Il est intéressant de souligner que certains Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ont mis en place un forum citoyen qui participe à des groupes de travail relatifs aux conditions de fonctionnement et aux perspectives d'amélioration de l'organisation de l'établissement. De plus, selon les pratiques locales, les représentants des usagers peuvent participer à l'élaboration des référentiels de l'HAS ainsi qu'à l'auto-évaluation.

Malgré ce constat favorable, il existe une inadéquation entre les droits octroyés aux représentants des usagers et leur effectivité. En effet, leur rôle dans l'ancienne commission de conciliation et au CA n'est pas à la hauteur de toutes les attentes. Certains représentants des usagers déplorent le manque de statut et de formation pour assumer pleinement leur fonction. Même si la loi du 4 mars 2002 a institué un congé de représentation et une formation spécifique, la non parution des décrets limite leur application. En conséquence, les représentants des usagers sont parfois contraints d'utiliser des jours de congé pour siéger dans les différentes instances ; ce constat pourrait, en grande partie, expliquer la forte proportion de retraités au sein des associations.

2.1.3 Une connaissance limitée du statut et du rôle de la personne de confiance

Alors que la place du patient a été revalorisée au sein du système de santé, ses droits à la représentation par l'intermédiaire d'une personne de confiance sont rarement respectés dans la pratique.

En effet, la loi postule qu'à chaque admission dans un établissement, il doit être demandé au patient de désigner une personne de confiance pouvant être amenée à décider à sa place s'il se trouvait en situation de ne pouvoir exprimer sa volonté. En pratique, ce droit est méconnu par une majorité d'acteurs hospitaliers et par conséquent peu appliqué. De plus, ce droit heurte certains professionnels puisqu'il conduit à confier l'ensemble des décisions du malade à une personne désignée par lui. Enfin, il peut y avoir confusion entre la personne à prévenir et la personne de confiance. Par ailleurs, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie renforce les droits du malade et la prise en compte de sa volonté en accordant une place prépondérante à la personne de confiance.

Concernant les ayants droit, l'accès au dossier médical d'une personne décédée leur est rendu possible par la loi du 4 mars 2002, selon une procédure définie. Ils sont aujourd'hui nombreux à se prévaloir de ce droit, parfois en contradiction avec la volonté du défunt non portée par écrit.

2.2 L'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés

2.2.1 Des valeurs républicaines assimilées et de plus en plus respectées

Les établissements doivent assurer l'application des principes du service public hospitalier mais rencontrent néanmoins quelques difficultés.

Ainsi, la laïcité du service public hospitalier a été confrontée à une multitude d'interprétation et d'application. Pour résoudre au quotidien des problèmes de soins, une circulaire a précisé l'application de ce principe en 2005³¹. Elle souligne notamment l'obligation de neutralité des personnels hospitaliers³². Aussi, puisque tous les patients doivent être traités de la même façon quelles que soient leurs croyances religieuses et puisqu'ils doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte durant l'hospitalisation, le livret d'accueil des établissements doit comporter des indications sur les différents cultes et le nom de leurs représentants³³. Enfin, la circulaire souligne que les familles des personnes décédées se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et

³¹ Circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

³² CE, 2000, Mlle Marteaux ; plus spécifiquement pour l'hôpital TA Paris, 2002, Mme E et CAA Lyon, 2003, Mlle Abdallah.

³³ Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

cérémonies prévues par la religion de leur choix³⁴. Malgré ces nombreuses précisions, l'application du principe de laïcité demeure casuistique et les obligations précitées sont inégalement respectées selon les établissements. Toutefois rares sont les patients exigeant un médecin spécifique compte tenu de leur croyance. In fine, le principe de laïcité, intégré par les acteurs, est appliqué, même si des situations singulières se rencontrent encore fréquemment.

Concernant l'accessibilité, force est de constater que le principe a connu une large application depuis 1995, notamment grâce à l'instauration de la CMU. Les mentalités ont évolué, améliorant l'accueil et l'accompagnement administratif des patients. De plus, la montée de la précarité a poussé le législateur à adopter une loi de lutte contre l'exclusion³⁵ qui a renforcé le principe d'accessibilité pour tous au service public hospitalier, déjà contenu dans la charte. Des moyens ont été mis à disposition des établissements pour assurer cette mission. La mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des services d'accueil des urgences témoigne de l'application du principe d'accessibilité de tous et en particulier des plus démunis.

Enfin, il faut noter que si le libre choix du médecin est respecté, les contraintes du service le restreignent fréquemment.

2.2.2 Une organisation des soins améliorée mais largement perfectible

La constitution et la gestion du dossier patient ont grandement évolué. Ainsi, dans la dynamique des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2003, le dossier du malade antérieurement fragmenté en plusieurs parties - dossier de soins infirmiers et dossier médical - et archivés dans des lieux différents, est dorénavant unifié. Il constitue désormais le dossier patient, qui peut être ainsi informatisé et transmis plus aisément. L'augmentation des demandes de communication directe des dossiers médicaux, rendue possible par la loi du 4 mars 2002, a contraint les établissements à réorganiser la gestion quotidienne des dossiers ainsi que leur archivage. Mais le souci de transparence trouve parfois des limites dans la qualité des informations contenues dans le dossier. Les services déconcentrés du Ministère chargé de la Santé ont constaté lors de contrôles, une tendance de certains professionnels à la simplification extrême pour éviter les contentieux. Cette restriction de l'accès aux informations, en sélectionnant les documents à mettre dans les dossiers patient, pourrait d'ailleurs être elle-même l'objet de contentieux.

Le droit à l'information a été amélioré depuis 1995, notamment grâce à l'intervention du législateur par la loi du 4 mars 2002. Mais dans la pratique, une pédagogie adaptée à la

³⁴ Décret n°74-27 du 14 janvier 1974, décret n°97-1039 du 14 novembre 1997, arrêté du 7 mai 2001

³⁵ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

personne accueillie doit encore être développée. S'assurer de la compréhension du message doit être une mission commune à chacun des professionnels des établissements de santé. Bien qu'ils connaissent de mieux en mieux leurs droits, les usagers demeurent parfois désarmés face à un discours médical trop technique et ne répondant pas à leurs interrogations. Pour résoudre ce problème, les professionnels élaborent parfois des fiches éducatives à l'attention du patient. De plus, le corps médical hésite quelquefois à délivrer dans le détail l'information par souci de ne pas heurter un patient peu apte psychologiquement à la recevoir. Certains praticiens ont donc opté pour l'information via des formulaires type plus ou moins détaillés établis par les établissements. Ces formulaires sont donnés pour lecture et signature au patient, sans aucune aide pour la compréhension des termes employés. Malgré cet effort, les pratiques sont décalées de la réalité et ne répondent pas toujours aux besoins d'information du patient.

Par ailleurs, le droit à l'intimité et à la confidentialité doit être mieux pris en compte dans l'organisation des soins. Les patients et leur famille souhaiteraient pouvoir bénéficier plus souvent d'une chambre individuelle : la confidentialité des informations d'ordre médical, social et privé transmises par les soignants ne peut être respectée dans des chambres à plusieurs lits. Aujourd'hui, dans les projets de construction et de rénovation, les décideurs hospitaliers prennent en compte cette problématique. Enfin, les informations relatives aux soins sont désormais rarement affichées dans la chambre du patient sur un document à la vue de tous comme une feuille de température mais sont de plus en plus souvent colligées dans le dossier patient.

2.2.3 La généralisation de la démarche qualité

La procédure d'accréditation instaurée par l'ordonnance portant réforme hospitalière du 24 avril 1996 fixe des objectifs à l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Les établissements s'engagent dans la procédure pour être accrédités et mettent en place des mesures visant lever les réserves et les recommandations de la HAS³⁶. Celle-ci a vu ses missions étendues à l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment médicales. De plus, elle devra veiller à l'homogénéité de la qualité des pratiques sur l'ensemble du territoire. De manière générale, les procédures d'accréditation et de certification ont bouleversé les mentalités : les établissements sont entrés dans une dynamique de recherche d'efficacité constante, car les conclusions de la HAS ont des répercussions en terme de communication extérieure et de financement. La démarche d'accréditation a contribué à évaluer l'application du droit des patients dans les établissements de santé. De même dans le secteur sanitaire et social, la mise en place à

³⁶ ANAES devenue HAS par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

venir de la commission d'évaluation de la qualité du secteur social et médico-social (CNEVSMS) a pour mission d'étudier l'application des droits fondamentaux et d'agréer les organismes d'évaluation externe. Les CRUQP sont chargées d'établir des rapports annuels d'activité qui devraient permettre la remontée d'information sur l'application de la charte. De plus, la Direction générale de la santé (DGS) prépare une enquête visant à recenser l'ensemble des informations disponibles sur le respect des droits des patients. Elle propose d'utiliser les rapports annuels des CRUQP pour établir un diagnostic de l'état de ces droits dans les établissements de santé à l'orée de l'année 2006. Enfin, l'analyse des plaintes par la recherche de corrélations entre le motif de la plainte et la nature du dysfonctionnement organisationnel pourrait aussi apporter des précisions en matière de mesures correctives.

La charte et surtout l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ont considérablement développé la formation médicale en la rendant obligatoire. Un fond national en garantit aujourd'hui le financement. Le corps médical peut ainsi clarifier ses relations avec les laboratoires pharmaceutiques qui assuraient antérieurement la grande majorité des formations. Toutefois, les propositions des directions en matière de formation médicale à la qualité ne sont pas toujours suivies par les praticiens hospitaliers. En revanche, la quasi-totalité des cadres de santé est formée à la démarche qualité et diffuse les bonnes pratiques au sein de leur service. Les personnels soignants apparaissent comme la pierre angulaire de la démarche qualité au sein des services de soins.

La lutte contre la douleur, inscrite dans l'article L.1110-5 du CSP, est une composante essentielle de cette démarche. La prise en charge de la douleur a d'ailleurs été révolutionnée. Auparavant, le corps médical décidait seul de la douleur existante du patient, la considérant comme un symptôme nécessaire au diagnostic médical. Ces conceptions sont en voie de disparition et la douleur est aujourd'hui évaluée par le patient lui-même. Les protocoles antalgiques prennent en compte cette autoévaluation.

La mobilisation des professionnels et l'allocation de moyens supplémentaires ont été nécessaires à l'application de la charte. Il convient de souligner le rôle important de l'Association Française des Médecins Anesthésistes Réanimateurs, qui a établi des protocoles d'utilisation des drogues. Par ailleurs, le plan Kouchner a octroyé des moyens, pour l'achat de matériels, le recrutement et la formation de personnels. Ainsi, des pompes à morphine et des réglottes d'évaluation de la douleur - type EVA : échelle visuelle analogique - ont été distribuées dans les établissements de santé. Les personnels ont été formés à leur utilisation. Enfin, les unités mobiles de soins palliatifs se sont fortement développées, même si les agents hospitaliers regrettent parfois des moyens insuffisants. Au final, la prise en charge de la douleur permet de répondre individuellement aux attentes et besoins des patients.

2.3 Une judiciarisation des rapports entre le patient et les acteurs hospitaliers

2.3.1 L'augmentation des contentieux

Ces différents changements intervenus comportent néanmoins une contrepartie : celle de la judiciarisation. Une tendance lourde se dégage, marquée par l'augmentation des procès pénaux à l'égard des personnels des hôpitaux publics. Le corps médical a ainsi élaboré au niveau national ou local des protocoles afin de respecter les droits du patient et se protéger de possibles contentieux. Si la charte a engendré une dynamique de respect des droits des patients, elle semble aussi avoir eu pour conséquence de développer une plus grande méfiance de la part de médecins. Certaines professions médicales, du fait du risque important de contentieux, deviennent moins attractives. Cette crainte du contentieux se concrétise par des aberrations : les patients reçoivent de plus en plus de documents techniques et complexes. Avec trop d'informations, le patient reste parfois peu informé.

Le patient est titulaire de droits. Mais il ne faut pas que ceux-ci aboutissent à des abus qui empêcheraient un fonctionnement efficace du service public hospitalier, notamment par la multiplication des contentieux et la peur des professionnels de voir leur responsabilité engagée. Certes, on ne peut pas parler d'abus de droits des patients aux dépens des acteurs hospitaliers, surtout lorsque l'on constate que la plupart ne sont pas pleinement effectifs en pratique. Cependant, certains professionnels avancent l'idée que les droits du patient sont la contrepartie de ses obligations. A titre d'exemple, le patient devrait communiquer toute information utile aux personnels pour assurer sa bonne prise en charge. Le lien de confiance entre les patients et les agents hospitaliers doit être refondé, et ceci ne peut passer que par une proclamation des devoirs du patient : un équilibre dans la relation entre les patients et les personnels médicaux et soignants pourrait ainsi être garanti.

2.3.2 La nécessité de développer la conciliation médicale

La notion de conciliation s'est développée dans le domaine de la santé, permettant de mieux répondre à l'attente des plaignants et de faciliter, le cas échéant, l'obligation d'une indemnisation. L'objectif est de réduire le nombre de litiges débouchant sur des plaintes portées devant le tribunal, la conciliation favorisant le respect des droits du patient, et plus particulièrement son droit à l'information. La quasi-totalité des établissements de santé dispose désormais d'un conciliateur médical, nommé par le Directeur Général. Sa mission est de faciliter l'information et la communication des données médicales relatives à l'état de santé du patient, aux soins délivrés et aux traitements prescrits. Son rôle est de se positionner en intermédiaire entre le patient et le médecin hospitalier lorsque le dialogue

n'était plus suffisant ou risquait d'être rompu. Il s'agit d'apporter une écoute personnalisée des patients insatisfaits de leur prise en charge médicale et de renforcer la transparence entre l'hôpital et ses usagers.

La commission de conciliation n'était pas exempte de critiques. Elle n'avait pas pour vocation le traitement des réclamations : le directeur de l'établissement demeurait le seul habilité à apporter une réponse de l'institution hospitalière aux demandes et réclamations des usagers. Elle n'avait pas de fonction précontentieuse ou transactionnelle et ne faisait donc pas œuvre de conciliation malgré son appellation. C'est pourquoi les associations de représentants des usagers avaient émis des réserves quant au progrès apporté par cette commission dans l'expression des droits des usagers. De plus, la majorité de ses membres exerçait généralement dans l'établissement, ce qui nuisait à l'impartialité de sa mission. Aussi, si le rôle du médecin conciliateur avait été bien compris, celui des deux membres de la commission de conciliation en tant que représentants de la commission des services de soins infirmiers apparaissait encore mal défini. Leur handicap majeur résidait dans la méconnaissance du fonctionnement administratif des hôpitaux et plus particulièrement en ce qui concerne les régimes de responsabilité. Des formations avaient rarement été organisées à leur attention.

Face à ces critiques, la loi du 4 mars 2002 a institué les CRUQP, les substituant aux commissions de conciliation, et renvoyant la fonction de conciliation aux CRCI. Dans la pratique, les CRUQP ont souvent simplement remplacé la dénomination des commissions de conciliation et assurent les mêmes fonctions avec les mêmes limites. Néanmoins, les établissements informent de plus en plus les patients de l'existence et du rôle des Commissions régionales, et ces derniers s'adressent donc directement à celles-ci sans passer par les CRUQP. Il s'agit d'un élan à encourager, puisque la conciliation peut effectivement avoir lieu, avec des individus extérieurs à l'établissement. Par contre des critiques demeurent selon les points de vue. Alors que les usagers estiment que le délai de réponse de six à huit mois imparti aux Commissions régionales de conciliation est un progrès, certains directeurs le trouvent trop court pour instruire convenablement les dossiers. Il faut souligner qu'en 2004 les CRCI ont reçu 3553 nouveaux dossiers. Cela marque un fléchissement avec la tendance précédente puisqu'en projection il fallait s'attendre à environ 4000 dossiers. Il est néanmoins trop tôt pour affirmer que cette baisse perdura. En 2004, les CRCI ont été saisis de 149 demandes de conciliation, contre 36 en 2003. Ce faible chiffre démontre que la conciliation demeure rare et qu'il faut davantage l'encourager.

2.3.3 Le développement des vigilances pour garantir la qualité et éviter les contentieux

La loi du 4 mars 2002 prévoit des procédures de vigilances pour anticiper les éventuels problèmes soulevés par l'utilisation de nouvelles techniques et pour assurer la sécurité des patients. Dans la pratique, les établissements sont devenus extrêmement prudents. Les sécurités anesthésique et transfusionnelle se sont développées. A titre d'exemple, en 2001, 60% des établissements de santé possèdent un Comité d'hémovigilance. Concernant la matériovigilance, sécurisation des dispositifs médicaux qui vise à garantir la santé et la sécurité des patients, des utilisateurs et des tiers, chaque établissement s'est doté d'un correspondant local qui signale les incidents, sensibilise le personnel et développe une démarche d'assurance de la qualité et de gestion des risques. La pharmacovigilance, qui surveille la survenue d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain, a bénéficié d'importantes mutations. Ainsi, des centres régionaux recueillent les incidents obligatoirement déclarés. La biovigilance, qui intéresse les éléments et produits du corps humain prélevés dans un but thérapeutique, et la toxicovigilance, qui détecte et étudie les effets néfastes pour la santé d'exposition chimique non médicamenteuse, se développent dans les établissements.

La lutte contre les infections nosocomiales, réaffirmée par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998, est devenue une priorité dans la grande majorité des établissements. Les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont l'obligation d'organiser la lutte contre celles-ci et se voient doter de moyens croissants. Ce développement a été encouragé par la loi du 4 mars 2002 qui oblige les établissements et professionnels de santé à signaler tout accident médical, affection iatrogène, infection nosocomiale et évènement indésirable. Le traitement avec qualité du patient, ainsi que le souci de transmettre une image positive de l'établissement incitent à développer les vigilances.

Enfin, il faut souligner que des Comités de Liaison pour l'Alimentation et la Nutrition sont de plus en plus institués dans les établissements.

Dans ce contexte qui voit reconnaître de nouveaux droits et apparaître de nouvelles attentes, il convient de réfléchir au contenu d'une éventuelle future charte.

3 VERS UNE MEILLEURE APPLICATION DES DROITS ET DEVOIRS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Une réactualisation de la Charte de 1995 est actuellement en cours. Cependant, voici quelques pistes de réflexion qui pourraient être intégrées dans une Charte dans dix ans.

3.1 Le projet ministériel 2005 : la charte de la Personne hospitalisée

Compte tenu des nouveaux textes législatifs et réglementaires publiés depuis la parution de la charte du patient hospitalisée de 1995 –notamment la loi du 4 mars 2002-, une réactualisation de ce texte s'est avérée nécessaire et est actuellement en cours d'élaboration par le Ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille. Le texte prévoit également certaines innovations comme la création d'un article consacré à la recherche. Elle rappelle des droits nouveaux comme l'accès direct au dossier médical et en précise d'autres comme le refus de soins. Elle introduira également le terme de « personne » auquel on avait préféré en 1975 celui de « malade » et en 1995 celui de « patient ». Reste à savoir si l'adoption de cette nouvelle terminologie entraînera de réelles conséquences pratiques.

Cette charte a été élaborée en respectant le même souci de lisibilité et d'accessibilité que celui qui avait présidé lors de l'élaboration des chartes antérieures. Elle sera, à l'instar des précédentes, publiée par voie de circulaire et comportera une annexe listant les principaux textes réglementaires et législatifs. Le résumé de la charte en onze points devra figurer dans le livret d'accueil et faire l'objet d'un affichage dans les services. Toutefois, chaque patient pourra demander auprès de la direction de l'établissement la version intégrale de la charte sur papier, sans délai et gratuitement. Cette version sera également disponible sur le site Internet du Ministère chargé de la Santé. Elle sera traduite en anglais et en braille.

Ce projet sera prochainement mis en concertation auprès organismes institutionnels et des associations d'usagers.

3.2 De la charte à l'engagement réciproque

Il est important de souligner que la multiplication des chartes, des textes législatifs et réglementaires pourrait être évitée, si l'on introduisait plus de confiance et de respect à l'hôpital. En effet, le manque de civisme des uns et les discours absconds des autres nécessitent l'adoption des textes juridiques, remédiant à ce type de comportement. Mais dans ce contexte de foisonnement législatif et réglementaire, il paraît indispensable

d'assurer une meilleure application pratique des droits consacrés. Pour cela, certains avancent l'idée d'instaurer des sanctions en cas de manquement constaté. Par exemple, quelques experts souhaitent que les résultats de certification (ex-accréditation) des établissements sanitaires et sociaux induisent des sanctions, en particulier lorsque les réserves ne sont pas levées dans les délais impartis. Surtout, pour harmoniser l'ensemble de ces textes, il se révélerait intéressant d'adopter une charte unique pour tous les secteurs sanitaire, social et médico-social. Cette charte devrait être courte et centrée sur les valeurs du service public hospitalier. Cependant, une telle élaboration supposerait un décloisonnement des services et des secteurs.

En outre, il apparaît nécessaire d'édicter des droits et devoirs des usagers. Ainsi, les devoirs de respect, de souci d'économie générale et de compréhension de la vie en collectivité³⁷ devraient être affirmés. Il convient ainsi de trouver la juste place de l'usager, entre un usager « objet » et un usager « client roi ». La tâche ne s'avère pas facile puisque les opinions divergent sur ce point. Certains estiment qu'en la matière on pourrait aller jusqu'à parler « d'abus de droits » dans certaines circonstances. D'autres souhaiteraient une plus grande prise en compte de la parole des représentants des usagers dans les prises de décisions au sein des établissements, ainsi qu'une reconnaissance d'un véritable statut pour ces représentants. Un guide du représentant des usagers est d'ores et déjà paru en août 2004. De même, un décret sur l'agrément des associations représentant les usagers au sein des établissements est paru en mars 2005³⁸. Ce sont là les prémisses des textes attendus portant statut des représentants des usagers.

Si les droits consacrés aux usagers paraissent aujourd'hui nombreux et diversifiés, il manquerait néanmoins un droit dans la charte de 1995 comme dans celle actuellement en préparation : le droit à la prévention. Ce droit essentiel trouverait sa place en préambule ou en début de charte. Il pourrait ainsi permettre, par exemple, de diminuer la « mortalité prématurée »³⁹.

Enfin, pour une meilleure mise en œuvre de ces droits, il semble indispensable de prévoir une information et une formation initiale et continue des médecins et des personnels paramédicaux. Ce point est d'autant plus important que l'on connaît aujourd'hui une médecine de spécialité qu'il faudrait parvenir à décloisonner. Il convient dans un premier temps de faciliter la connaissance des textes par les différents professionnels de santé. Pour cela, il est nécessaire de leur diffuser les documents contractuels existants,

³⁷ Voir annexe : extrait du règlement intérieur du CHU de Nantes rappelant les prescriptions qui s'imposent à tous (usagers, visiteurs, personnels)

³⁸ Décret N° 2005-300 du 31 mars 2005

³⁹ Haut Comité de Santé Publique, rapport « la santé en France », 2002

véritables leviers d'information des personnes accueillies, en particulier le Livret d'accueil et le contrat de séjour pour le secteur social et médico-social

3.3 La charte des droits et devoirs de la personne accueillie : une proposition pour 2015

3.3.1 Les principes fondateurs de la charte

Il existe actuellement différentes chartes qu'il serait souhaitable de réunir dans un document unique. Celui-ci énoncerait des valeurs, des droits ou des prescriptions organisationnelles et s'adresserait aux personnes accueillies dans les différents établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et aux personnels, pour information et pour application.

La charte formulerait les droits et les devoirs de chacun et garderait les mêmes caractéristiques d'accessibilité et de lisibilité que celle de 1995. En effet, droits et devoirs sont liés et fonctionnent en miroir. « *On ne peut pas être une personne humaine, si on n'est titulaire que de droits* ».

Cette charte s'organiserait autour de trois thèmes : les valeurs républicaines, l'organisation des activités de soins et la qualité. Elle viserait à instaurer de bonnes pratiques de fonctionnement des services. Il appartiendrait à chaque établissement de l'adapter en fonction de sa spécificité, et d'y associer s'il y a lieu les réseaux de santé et le secteur libéral.

3.3.2 Un projet de charte pour 2015⁴⁰

Au cours de la prochaine décennie, la Société connaîtra de multiples évolutions, tant au plan humain qu'aux plans technologique et juridique.

La charte de 2015, tout en reprenant les droits précédemment acquis, pourrait consacrer de nouveaux droits et devoirs liés à ces évolutions. Certains apparaissent déjà comme essentiels.

Tout d'abord, cette charte devrait s'appliquer à tout établissement, professionnel de santé et usager. Elle s'adresserait donc également à la médecine ambulatoire.

Pour préserver le rôle joué par la protection sociale, elle devrait intégrer les problèmes auxquels est confrontée l'Assurance maladie en préconisant, notamment, une conduite citoyenne et un respect de l'intérêt général par tous.

⁴⁰ Cf Annexe IV

Dans le même ordre d'idée, la personne accepterait de se conformer aux règlements de fonctionnement de l'établissement dans lequel elle est accueillie et aux règles professionnelles existantes.

La personne veillerait également à respecter les autres : usagers et professionnels.

Ensuite, les établissements et les professionnels de santé s'engageraient dans une démarche de prévention et d'éducation de la santé de la personne accueillie. Celle-ci bénéficierait de soins préventifs et éducatifs, au même titre que des soins curatifs. Cette charte devrait également intégrer les dispositions législatives relatives à la fin de vie. Au vu des débats actuels, dans dix ans, la France aura-t-elle franchie le pas vers une autorisation encadrée l'euthanasie ?

La charte de 2015 reprendrait aussi des droits déjà proclamés par la charte de 1995 mais elle pourrait davantage les développer.

Ainsi, les établissements et les professionnels de santé continueraient de garantir à la personne accueillie une place de co-auteur dans l'élaboration de son projet de soins et/ou de vie. Pour cela, il paraîtrait nécessaire que l'utilisateur soit intégré à la politique des réseaux de santé.

De plus, les établissements et les professionnels s'engageraient dans une démarche de réflexion éthique.

Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, devraient continuer à s'investir dans une démarche d'actualisation des connaissances, des pratiques et des techniques afin de garantir la qualité de la prise en charge de la personne accueillie.

Enfin, avec le développement des technologies de communication, les établissements et les professionnels de santé devraient s'assurer du respect du secret médical et de la confidentialité des informations concernant la santé de l'utilisateur.

Reste à savoir, au vu de l'actualité, si cette charte devra s'intégrer dans une politique sanitaire et sociale européenne.

CONCLUSION

La charte du patient hospitalisé est à la fois le fruit d'un long processus mais aussi le point de départ pour de nouveaux droits. Au-delà de sa seule valeur symbolique, cette charte a fortement influé sur les pratiques professionnelles au sein des établissements de santé. Chacun se félicite aujourd'hui des progrès accomplis pour la reconnaissance des droits des patients. Les acteurs de santé publique, tels que les équipes de direction et les services déconcentrés, se sont impliqués dans cette démarche.

A l'origine de nouveaux droits, les principes de la charte ont été repris et complétés dans les textes parus ultérieurement, notamment les lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002. Ce qui pouvait apparaître en 1995 comme de simples souhaits, a trouvé une traduction juridique concrète. Et la récente loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie s'intègre sans conteste dans cette lignée.

Un changement culturel important s'est opéré dans les rapports entre les patients et les professionnels au sein des établissements. Le terme de « patient acteur/acteur » devient peu à peu une réalité, que ce soit par l'obligation d'information de la part des professionnels ou le droit au refus de soins du patient. D'ailleurs, il est à noter que le terme « patient » s'efface progressivement au profit de celui de « personne accueillie ».

Au-delà de cette satisfaction générale, un nouveau débat s'ouvre aujourd'hui. En effet, plusieurs professionnels commencent à suggérer que les droits ne peuvent se concevoir sans une réelle contrepartie, celle des devoirs du patient.

Le projet de charte proposé dans ce document essaie de traduire ce que pourraient être les attentes de nos concitoyens et des professionnels de santé dans les dix années à venir. Quoiqu'il en soit, compte tenu de l'importance du sujet et de son caractère sensible, il est souhaitable que le consensus politique qui a été observé sur ces questions ces dernières années soit maintenu.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- JEAN Philippe, La Charte du Patient hospitalisé, Berger-Levrault, février 1996, 237 pages
- PONCHON François, Les Droits des Patients à l'Hôpital, Collection Que sais-je, PUF, 2004, 127 pages
- ROLLAND Louis (sous la direction de), L'Hôpital de A à Z, édition FHF, 2004, 272 pages, Classeur Edition Lamy, Droit de la Santé, tome 2, Etude 319, Droits individuels du patient : droit au consentement, 2004

Périodiques

- BARISSAT François, Du Langage à la Communication, Revue hospitalière de France, N°502, Janvier-Février 2005, pages 45 à 47
- BRAMI Gérard, La nouvelle charte des personnes âgées hébergées, Bulletin juridique de la Santé publique, N°56, novembre 2002, pages 21 à 22
- BROCLAIN Dominique, Consentement aux soins et décision partagée, Revue prescrire, décembre 2001
- CALAUD Lisa, La conciliation médicale, Objectifs Soins, décembre 2001, page 22 à 25
- CLEMENT Jean-Marie, Le Droit des Malades et la Loi du 4 mars 2003, Regards sur l'Actualité, novembre 2002, pages 67 à 78
- COELHO José, La loi du 4 mars 2002, L'Occasion manquée d'unifier la Compétence juridictionnelle du Contentieux médical, Gestions hospitalières, août-septembre 2004, pages 543 à 547
- CORMIER Maxence, Les Droits des Malades dans la Loi du 4 mars 2002, ADSP, N°40, septembre 2002, pages 6 à 10
- DAUBECH Lin, Approche critique de la loi du 4 mars 2002, Revue générale de Droit médical, 2004, N°12, pages 31 à 40
- DUCLOS René, Réflexions sur la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Revue Hospitalière de France, N°492, mai-juin 2003, pages 68 à 77
- ESPER Claudine, La personne de confiance : obligations légale, morale, juridique ?, Revue générale de Droit médical, 2003, N°11, page 81 à 87
- FINKELSTEIN Claude, La Charte de l'Usager, Support à une Ethique du Soins, Pratiques de santé Mentale, N°2, mai 2002, pages 16 à 21

- JEAN Philippe, La nouvelle Charte du Patient hospitalisé, Revue hospitalière de France, N°5, septembre-octobre 1996, pages 521 à 528
- JEAN Philippe, Le Point de Vue des Associations de Bénévoles, Revue hospitalière de France, juillet – août 2002, pages 18 à 23
- LAZAROVA Rouja, Droits des Usagers : de la Loi à la Pratique, La Gazette des Communes, des Départements et des Régions, 20 octobre 2003, pages 17 à 19
- LIEBERT CHAMPAGNE Monique, BREAS Marielle, Charte Marianne : l'Etat s'engage pour un meilleur accueil, Les Cahiers de la Fonction Publique et de l'administration, février 2005, pages 21 à 22
- MOLENAT Xavier, Médecin-patient, je t'aime moi non plus, Sciences humaines hors série, mars-avril-mai 2005, N° 48, pages 44 à 45
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, Le Malade à l'Hôpital public : Client, Usager et /ou Citoyen ? , Revue générale de Droit médical, mars 2004, N°12, pages 43 à 51
- PONCHON François, Droits des Patients et Responsabilités des Acteurs, Gestions hospitalières, Février 2004, pages 117 à 119
- PRONOST A.-M., BREBION S.-G., SYLVAIN H., L'Evaluation continue de la Qualité des Soins infirmiers : Implantation d'un Outil de Qualité, Gestions hospitalières, N°442, janvier 2005, pages 74 à 75
- PROUST Bernard, SOUTOUL Edouard, WOLF Louis-Michel, Droit à l'information et consentement aux soins, Gestions hospitalières, janvier 2005, pages 14 à 18
- RAMEIX Suzanne, Information et Consentement des Patients : du Paternalisme à l'Autonomie ?, Actualités JuriSanté, juin 2002, N°37, pages 11 à 16
- REGNIER Jean-Jacques et BOTBOL Michel, Charte pour la Santé des Adolescents, Pratiques de Santé mentale, N°2, mai 2002, pages 33 à 37
- SCHNITZLER Marion, Communication du Dossier médical : la notion d'« informations formalisées », Gestions hospitalières, décembre 2004, pages 820 à 822
- TREMINTIN Jacques et PLANTET Joël, Où en est l'Application de la Loi 2002-2 ?, Lien social, février 2005, pages 4 à 13
- VAISSIERE-BONNET Marie-Gabrielle et FONTENELLE Patrick, Une Charte de la Communication de l'Information au Patient, Gestions hospitalières, N°425, avril 2003, pages 285 à 287

Autres documents

- H.A.S., Guide méthodologique : Elaboration d'un Document écrit d'Information à l'intention des Patients et des Usagers du système de santé, mars 2005, 44 pages

- Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Un Guide pour les Représentants des Usagers du système de Santé, 128 pages
- O.N.I.A.M., Rapport d'Activité second semestre 2004, 23 pages

Sites internet

- www.espace-ethique.org
- www.oniam.fr
- www.sante.gouv.fr

Principales chartes

- Charte des droits et libertés de la personne accueillie en établissement social ou médico-social (arrêté du 8 septembre 2003 pris en application de l'article L. 311-4 du CASF)
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendantes, mai 2004
- Charte de l'enfant hospitalisé signée par les associations européennes en 1988
- Charte d'accueil des familles de victimes de la violence routière dans les établissements de santé
- Charte Marianne
- Charte sociale européenne

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Méthodologie

Annexe II : Liste des personnes consultées

Annexe III : Extrait du règlement intérieur du CHU de Nantes rappelant les prescriptions qui s'imposent à tous (usagers, visiteurs, personnels)

Annexe IV : Un projet non exhaustif de charte pour 2015

ANNEXE I

Méthodologie

Le rapport sur le thème « La charte du patient hospitalisé : 10 ans déjà » est le fruit d'un travail collectif de professionnels appartenant à différents corps en formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique. La confrontation des logiques professionnelles a permis de partager les savoirs et les expériences vis-à-vis de la problématique de santé publique que nous avons à étudier.

La rédaction du rapport a d'abord nécessité l'élaboration d'une méthode à laquelle chacun adhérerait.

Le calendrier a été la pierre angulaire de notre travail puisque nous ne disposions que de deux semaines pour mener à bien notre tâche. La première semaine a donc consisté à étudier en avec minutie les textes normatifs relatifs aux droits proclamés par la charte et à effectuer une recherche documentaire la plus complète possible. Parallèlement, des entretiens avec des acteurs concernés par la charte ont débuté. La deuxième semaine a essentiellement été consacrée à la conduite d'entretiens, même si la rédaction du rapport est progressivement devenue le travail prioritaire. Tout au long de ces deux semaines, des plages horaires étaient fixées quotidiennement pour des travaux en petit groupe ou avec l'ensemble des coauteurs de ce rapport.

Plus précisément, les droits proclamés par la charte ont été étudiés par binôme interprofessionnel tout en prenant soin de mélanger les internes et les externes, afin de croiser les points de vue et les expériences. Sur le plan pratique, les articles de la charte ont donc été regroupés par deux ou trois selon la proximité des thématiques et étudiés selon ce découpage. Chacun des binômes interprofessionnels a ensuite restitué collectivement le fruit de ses recherches.

Les textes législatifs et réglementaires mais aussi les divers documents traitant de l'impact de la charte sur la prise en charge des patients ont donc été assimilés par l'ensemble du groupe de travail. Mais le cœur de notre travail consistait à confronter les droits des patients à ce qui se passe réellement sur le terrain. C'est pourquoi de nombreux entretiens ont été menés avec des acteurs concernés par la charte et ceci à tous les niveaux, du Ministère aux représentants d'usagers en passant par les politiques, les directeurs et les médecins. Ces différents entretiens ont permis de mettre l'accent sur l'impact de la charte sur les pratiques professionnelles.

S'agissant plus précisément des entretiens, un canevas de questions a été établi et a servi à l'ensemble des rencontres. Celui-ci comportait des questions d'ordre général et des questions portant sur les pratiques professionnelles ainsi que sur les perspectives. Le canevas permettait d'engager une discussion libre avec les interlocuteurs.

□ Questions générales :

- Quel impact a eu selon vous la charte des patients hospitalisés de 1995 ?
- Quels sont ses avantages et inconvénients ?

- Est-elle selon vous connue des acteurs de l'hôpital ? des professionnels ? des patients ?

□ Sur les pratiques professionnelles :

- Quel impact la charte a-t-elle eu sur les pratiques professionnelles ?
- Comment faire en sorte que la charte modifie les pratiques professionnelles ?
Quels outils faut-il mettre en place ?
- Quelles actions doivent mener les directeurs pour permettre l'application de la charte ?
- Comment sont assurés selon vous : l'accessibilité ? La laïcité ? La liberté d'aller et venir ? L'information du malade ? Le consentement ? Le secret médical ? Le dossier médical ? La prise en charge de la douleur ? La réparation ?

□ Sur les perspectives :

Quelles sont les perspectives envisageables pour la charte ? Pour améliorer dans la pratique le respect des droits des patients ?

Ensuite, chacun des entretiens a été exploité selon la grille suivante :

- Bilan
- Observations et analyse relatives aux textes réglementaires et législatifs
- Impacts sur les établissements
- Impacts usagers
- Impacts professionnels
- Perspectives
- Observations/remarques

Cette méthode a permis de nourrir notre réflexion et de mettre en évidence quotidiennement les éventuelles redondances ou les manques de notre travail. Le plan a été modifié progressivement, les axes de notre travail s'enrichissant au fur et à mesure des restitutions collectives, des entretiens et des recherches documentaires.

Tout au long de ce travail, les conseils de Madame JEGU et de Monsieur PONCHON ont permis de progresser de façon régulière et continue.

ANNEXE II

Liste des personnes consultées

Par ordre alphabétique :

- Monsieur Jean-François BAILBLED, représentant des usagers, association le LIEN
- Monsieur Jean-Louis BONNET, Chef du Pôle «hospitalisation » au cabinet de Philippe DOUSTE-BLASY, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille
- Madame Annick BONY, Chef du bureau « personne âgée » à la DGAS, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
- Madame Michèle BOULNOIS, Directeur de la clientèle au CHU d'Amiens
- Monsieur Philippe BRUN, Directeur adjoint chargé des relations avec les usagers, CHU de Nantes
- Monsieur Alain CABARET, Directeur adjoint, Inspecteur principal, DDASS
- Monsieur Claude EVIN, ancien Ministre chargé de la santé et président de la FHF
- Monsieur Frédéric JACQUET, Médecin inspecteur de santé publique, DDASS
- Professeur Olivier JARDE, Professeur de chirurgie, CHU Amiens, Député, et Conseiller Général de la Somme
- Madame Isabelle MANZI, bureau «droits des patients », DHOS, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
- Madame Elisabeth MENER, représentant des familles à l'UNAFAM et des usagers au Conseil d'Administration
- Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur de droit à l'Université de Rennes 1
- Monsieur Jean-Jacques NANSOT, Chef du bureau « démocratie sanitaire », DGS ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
- Monsieur François PEUTILLOT, Professeur et médecin chef de service, Rennes
- Madame Anne SERFATY, Médecin de santé publique, adjointe à Monsieur NANSOT
- Monsieur Roland SAMBUC, Professeur, Chef du Pôle « santé publique et sécurité sanitaire » au cabinet de Philippe DOUSTE-BLASY, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille
- Monsieur Bernard TIREL, Professeur de droit à l'École Nationale de Santé Publique

ANNEXE III

Extrait du règlement intérieur du CHU de Nantes rappelant les prescriptions qui s'imposent à tous (usagers, visiteurs, personnels)



Règlement Intérieur

Les dix points suivants, extraits du règlement intérieur du CHU de Nantes, rappellent les prescriptions qui s'imposent à tous (usagers, visiteurs, personnels).

- 1 Les visites aux personnes hospitalisées ont lieu en principe l'après-midi, aux horaires définis par les services. Ces visites sont déconseillées aux enfants de moins de 12 ans. Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service.
- 2 Les usagers doivent respecter les règles générales de sécurité (incendie, locaux à accès réservé, ascenseurs...).
- 3 Le code de la route s'applique dans l'enceinte de l'hôpital (règles de stationnement, signalisation routière, respect des places réservées aux personnes handicapées...).
- 4 Pour circuler dans l'établissement, les patients hospitalisés doivent prévenir les personnels du service, et revêtir une tenue adaptée.
- 5 Les téléphones mobiles (portables) doivent rester éteints dans les locaux de l'Hôpital, en raison des risques d'interférence avec certains appareils médicaux.
- 6 En aucun cas les récepteurs de télévision, de radio ou tout autre appareil sonore ne doivent gêner le repos des patients. Chacun doit contribuer à faire respecter le silence.
- 7 Il est interdit d'introduire à l'Hôpital de l'alcool, des objets ou produits dangereux ou prohibés par la loi.
- 8 Il est interdit de fumer dans les locaux en dehors des "espaces fumeurs" signalés.
- 9 Les animaux ne sont pas admis dans l'enceinte du CHU, à l'exception des chiens-guides sous certaines conditions.
- 10 En cas de menace, violences, voies de fait, injures, diffamation ou outrages, le CHU assure la protection des agents qui en sont victimes dans le cadre de leurs fonctions. Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel.

L'intégralité du Règlement Intérieur est à votre disposition auprès des directions de site.

ANNEXE IV

Un projet non exhaustif de charte pour 2015

Article 1. Les valeurs communes applicables à l'intérieur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et à la médecine ambulatoire sont celles de la République française : Accessibilité, Egalité, Liberté, Laïcité et Solidarité.

Article 2. Les soins sont accessibles à tous, sans distinction ni discrimination, dans le cadre d'une conduite citoyenne et du respect de l'intérêt général.

Article 3. La personne accepte de se conformer aux règlements de fonctionnement de l'établissement dans lequel elle est accueillie et aux règles professionnelles existantes. La personne s'engage également à respecter les autres : usagers et professionnels.

Article 4. Les établissements et les professionnels de santé s'engagent dans une démarche de prévention et d'éducation de la santé de la personne accueillie. Celle-ci bénéficie de soins préventifs et éducatifs, au même titre que des soins curatifs.

Article 5. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne.

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.

Article 6. Une organisation est mise en place pour assurer à la personne accueillie une place d'auteur dans l'élaboration de son projet de soins et/ou de vie.

Article 7. La personne a un accès direct aux informations contenues dans son dossier ou par l'intermédiaire du praticien de son choix.

Article 8. La personne est détentrice des informations concernant sa santé. Elle autorise ou non l'échange et la diffusion de celles-ci. Les outils de communication utilisés respectent cette confidentialité.

Article 9. La personne accueillie désigne une personne de confiance qui peut l'accompagner dans les démarches médicales et lors de la consultation du dossier ainsi qu'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Dans le cas où la personne serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin consulte la personne de confiance avant toute décision.

Article 10. La personne peut à tout moment refuser son traitement, quitter le système de soins, sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé, par le médecin et par tous moyens, des risques et des conséquences éventuels qu'il encourt.

Article 11. Les établissements et les professionnels s'engagent dans une démarche qualité, d'évaluation et de gestion globale des risques.

Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, doivent s'engager dans une démarche d'actualisation des connaissances, des pratiques et des techniques afin de garantir la qualité de la prise en charge de la personne accueillie.

Article 12. La personne accueillie doit recevoir les meilleurs soins et techniques adaptés à son état de santé. Ces soins doivent intégrer la prise en charge de la douleur. Lorsque son état le nécessite, la personne bénéficie de soins palliatifs.

Article 13. La personne accueillie est traitée avec égards. Le respect de sa vie privée, de son intimité et de sa tranquillité est garanti.