

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
PREMIÈRE PARTIE. LE CADRE JURIDIQUE DE L'ACCÈS AU DOSSIER AU DOSSIER MÉDICAL.....	7
SECTION 1. LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL : LA DEMANDE FORMULÉE PAR LE PATIENT.....	7
SECTION 2. LES RÈGLES PARTICULIÈRES TENANT À LA QUALITÉ DU DEMANDEUR.....	11
SECONDE PARTIE. L'APPLICATION PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER..	18
SECTION 1. LES DIFFÉRENTES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	18
SECTION 2. LES SOLUTIONS POUVANT ETRE APPORTÉES PAR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	24
CONCLUSION.....	29
ANNEXES.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	42
TABLE DES MATIÈRES.....	43

INTRODUCTION

L'existence du dossier médical au sein de l'établissement de santé a été consacrée par la loi du 31 décembre 1970¹. La volonté du législateur était alors, s'agissant de patients hospitalisés ou reçus en consultation externe, de permettre la communication de leur dossier aux médecins appelés à donner des soins à ces patients.

Le principe d'accès au dossier médical par le patient a lui été posé par la loi du 31 juillet 1991². Cet accès n'était toutefois qu'indirect dans la mesure où il ne se réalisait que par l'intermédiaire d'un médecin.

La loi du 4 mars 2002³ est venue finalement consacrer le principe de l'accès direct du patient à son dossier médical par l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique (CSP) qui dispose en son premier alinéa :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

Le décret du 29 avril 2002⁴ a organisé cet accès complété par un arrêté du 5 mars 2004⁵.

¹ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴ Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L.1112-1 du Code de la santé publique.

⁵ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

Plusieurs définitions ont été données pour le dossier médical. Par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) a donné la définition suivante :

« Le dossier du patient est un élément dynamique constitué pour être le support de l'ensemble des informations recueillies à l'occasion de la prise en charge du patient. »⁶

Auparavant, les enjeux traditionnels de la tenue d'un dossier médical concernaient uniquement les professionnels de santé et l'établissement de santé. Il s'agissait, d'une part, de permettre aux professionnels de santé de disposer d'informations relatives à la prise en charge et partager cette information au sein de la prise en charge. D'autre part, concernant l'établissement de santé, cela lui permet de recueillir les informations nécessaires à l'analyse de ses activités. Les lois du 31 juillet 1991 et du 4 mars 2002 font apparaître un nouvel enjeu qui est tout aussi primordial au regard du législateur : permettre au patient de prendre connaissance des éléments médicaux le concernant.

Un grand thème de la bioéthique réside dans l'analyse du renforcement de l'autonomie du patient au détriment du paternalisme médical, c'est-à-dire la considération du patient comme un sujet seulement passif de la relation médicale.

Les évolutions législatives illustrent parfaitement ce thème. Ainsi, la première loi du 31 décembre 1970 consacre dans un premier temps l'existence du dossier médical mais celui-ci est uniquement destiné à l'usage du professionnel de santé. Ensuite, la loi du 31 juillet 1991 permet l'accès au dossier médical par le patient mais uniquement par l'intermédiaire d'un médecin. Le patient voit donc ses droits renforcés mais n'est néanmoins pas considéré comme capable de pouvoir consulter seul les informations médicales le concernant. Enfin, avec la loi du 4 mars 2002, le patient « autonome » peut accéder directement à son dossier médical.

Cet accès direct participe également à l'extension du devoir d'information du au patient par le professionnel de santé en formalisant la délivrance d'une information postérieure à la prise en charge.

La Direction des Affaires Générales et des Relations avec les Usagers (DAGRU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bicêtre, anciennement appelée Direction de la Qualité et des Droits du Patient traite principalement deux types de demandes : les réclamations relatives à la prise en charge médicale ou paramédicale, les demandes de dossiers médicaux.

⁶ ANAES (HAS) juin 2003 *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations.*

Le traitement de ces procédures représente une source de travail importante pour un CHU. Ainsi, en 2012, le CHU de Bicêtre a traité 587 réclamations et 802 demandes de dossiers médicaux.

S'agissant des demandes de dossiers médicaux, le traitement de 802 demandes témoigne que cette procédure est désormais bien connue des patients et que ces derniers n'hésitent plus à l'utiliser. Par conséquent, l'établissement de santé se doit donc de mettre en œuvre les moyens nécessaires et spécifiques quant au traitement de ces demandes.

Si la communication du dossier médical est une procédure maintenant bien ancrée dans la vie d'un établissement de santé et dont l'utilité pour le patient comme pour l'établissement est reconnue par ses agents, force est de constater que son application en conformité avec les exigences de la loi soulève de nombreuses difficultés. Quelles en sont les raisons ?

Si certaines tiennent à des difficultés d'organisation, à la complexité de certaines demandes ou parfois à la méconnaissance de certaines règles par le personnel médical, il convient également de relever que le législateur a créé un régime juridique sans s'interroger si certaines dispositions, notamment celles relatives aux modalités de communication, pouvaient être réellement applicables.

L'objet de cette étude est, en se fondant sur l'exemple du CHU de Bicêtre, de cibler les disparités entre le régime juridique de l'accès au dossier médical et la réalité quotidienne d'un établissement public de santé.

Dans cette optique, il est primordial de traiter, dans une première partie, du cadre juridique relatif à la communication du dossier médical avant d'analyser, dans une seconde partie, les problématiques rencontrées et les solutions que peuvent apporter l'établissement de santé.

PREMIÈRE PARTIE.
LE CADRE JURIDIQUE DE L'ACCÈS AU DOSSIER
MÉDICAL

Si la loi du 4 mars 2002 vient en premier lieu consacrer le droit d'accès direct du patient à son dossier médical, le législateur a également permis à d'autres personnes de pouvoir, sous certaines conditions, accéder au dossier médical d'un patient.

Ainsi, la compréhension de ce cadre juridique peut s'articuler autour de deux axes : un régime « général » lorsque la demande est formulée par le patient auquel il convient d'ajouter certaines règles lorsque la demande émane d'un autre titulaire du droit d'accès.

Section 1. Le régime général d'accès au dossier médical : la demande formulée par le patient



Lorsque la demande provient du patient, les conditions de recevabilité de cette demande sont relativement simples. En effet, aucun texte législatif ou réglementaire n'impose au patient de motiver cette demande. L'absence de motivation de la demande illustre d'ailleurs la volonté du législateur de faciliter le plus possible la communication du dossier médical.

La seule condition de recevabilité est la justification par le patient de son identité dans la mesure où l'accès porte sur des informations confidentielles⁷.

Lorsqu'une demande de dossier médical est adressée à un établissement de santé par le patient, le personnel médical et administratif en charge de la communication du dossier doit en réalité avoir principalement connaissance de deux points :

- le caractère communicable des informations
- les modalités d'accès au dossier au dossier médical

⁷ Arrêté du 5 mars 2004 *op. cit.*

§1. Le caractère communicable des informations

L'article L.1111-7 du CSP dispose que le patient a un droit d'accès aux informations concernant sa santé mais le terme de « dossier médical » n'est pas expressément mentionné.

Si le terme d'accès au dossier médical est celui retenu par les professionnels de santé, il convient de garder à l'esprit que cet accès vise des informations et non pas un contenant. Ainsi, des informations répondant aux critères prévus par l'article L.1111-7 mais qui n'auraient pas été insérées dans le dossier médical doivent néanmoins être communiquées. A contrario, des informations devant être tenues dans le dossier médical peuvent ne pas être communicables au patient, ce sont les informations mentionnant avoir été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant ces tiers.

Il faut noter que l'article R.1112-2 du CSP est sur ce point bien plus intelligible en énonçant, d'une part, l'ensemble des informations pouvant structurer un dossier et, d'autre part, celles qui sont communicables.

Aux termes de l'article L.1111-7, sont communicables les informations relatives à la prise en charge du patient qui sont formalisées ou qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé. La HAS est venue préciser la définition d'informations formalisées :

« Il s'agit des informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elle seraient objectivement inaccessibles⁸. »

Une question s'est posée à propos de la communicabilité des notes manuscrites du médecin. Dans un arrêt de Cour administrative d'appel, le juge a estimé que les notes manuscrites du médecin qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement du patient font partie du dossier médical et doivent être communiquées⁹.

A contrario, les notes qui n'ont pas contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic n'ont donc pas à être communiquées. Ce sont les notes dites personnelles qui ont été définies comme *« prises par le professionnel pour son seul usage, non transmises à des tiers, professionnels ou non, détruites lorsque le professionnel cesse d'intervenir dans la prise en charge et sil elles n'ont pas contribué à cette prise en charge. Ces notes ne sont pas accessibles au patient ni à des tiers, hors procédure judiciaire¹⁰. »*

⁸ ANAES (HAS) décembre 2005 *Accès aux informations concernant la santé d'une personne – modalités pratiques et accompagnement (version modifiée des recommandations de l'ANAES de février 2004).*

⁹ CAA Paris, 30 septembre 2004.

¹⁰ ANAES (HAS) juin 2003 *op. cit.*

L'article L.1111-7 dispose que les informations mentionnant avoir été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ne sont pas communicables au patient. Toutefois, ces informations doivent figurer dans le dossier médical du patient comme le prévoit l'article R.1112-2. Cela peut sembler paradoxal mais l'objet de cette disposition est de protéger les tiers :

« Le texte préserve toutefois la confidentialité des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers autres que les professionnels participant à la prise en charge du malade : les membres de la famille ou de l'entourage du malade, par exemple, peuvent avoir fait des confidences au médecin, qui sont couvertes par le secret médical »¹¹.

En effet, il s'agit ici de permettre au dossier médical de faire figurer des informations pouvant faciliter la prise en charge du patient tout en protégeant les personnes délivrant ces informations d'éventuelles représailles. Par exemple, la révélation d'une situation de maltraitance, d'une conduite toxicomane, d'un conflit familial, etc.

§2. Les modalités d'accès au dossier médical

L'article R.1111-2 du CSP prévoit deux modalités différentes d'accès au dossier médical : *« A son choix, le demandeur obtient du professionnel de santé, de l'établissement de santé ou de l'hébergeur communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents. Les frais de délivrance de ces copies sont laissés à la charge du demandeur dans les conditions fixées par l'article L. 1111-7. »*

A. La consultation sur place

Lorsque le patient souhaite consulter sur place son dossier médical, l'établissement de santé se doit de proposer au patient un dispositif d'accompagnement¹². Ce dispositif est prévu à l'article R.1112-1 du CSP. Il s'agit de proposer au patient de consulter son dossier avec l'accompagnement d'un médecin. La proposition de cet accompagnement est obligatoire mais le patient peut néanmoins refuser cet accompagnement¹³.

¹¹ Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, enregistré à la Présidence de L'assemblée Nationale le 5 septembre 2001.

¹² Article R.1111-2 alinéa 3 du CSP.

¹³ Arrêté du 5 mars 2004 *op. cit.* Article annexe IV-1. Réception et gestion de la demande.

Le médecin en charge de la consultation peut également recommander la présence d'un tiers lors de la consultation de certaines informations lorsqu'il estime que leur connaissance sans accompagnement ferait courir des risques à la personne concernée¹⁴. Le patient peut là encore refuser cet accompagnement.

Lors de la consultation, l'établissement doit s'assurer que celle-ci s'effectue dans le respect des règles de confidentialité et du caractère strictement personnel des informations. Ainsi, il est recommandé à l'établissement de prévoir une salle spécialement désignée à la consultation du dossier médical. Par ailleurs, lorsque la consultation se fait avec la présence d'un tiers, il faut informer le patient que le tiers aura connaissance d'informations strictement personnelles. Le tiers doit également être informé qu'il est tenu pénalement de respecter la confidentialité de ces informations¹⁵.

Enfin, l'article L.1111-7 in fine énonce que cette consultation est gratuite. Le patient peut souhaiter la délivrance de copies à l'issue de la consultation. Il doit alors, en revanche, supporter le coût de reproduction des documents et éventuellement les frais d'envoi comme lorsqu'il souhaite se faire communiquer directement son dossier médical.

B. La communication du dossier médical

Le législateur a prévu des délais de communication. En effet, l'article L.1111-7 alinéa 2 prévoit un délai minimal et un délai maximal de communication.

Le délai minimal est de 48 heures. Le patient ne peut donc prétendre à accéder immédiatement à son dossier médical. D'ailleurs, ce délai a été conçu par le législateur comme un délai de réflexion permettant au demandeur du dossier d'éventuellement se rétracter.

Le délai maximal est de huit jours à compter de la réception de la demande remplissant tous les critères de recevabilité. Il est porté à deux mois lorsque les informations demandées datent de plus de cinq ans. Le délai de cinq ans court à compter du dernier acte médical ou à compter de la clôture du dossier.

S'agissant des coûts de communication, ces derniers ne recouvrent que les frais de reproduction et les frais d'envoi des informations demandées.

¹⁴ Article L. 1111-7 alinéa 3 du CSP.

¹⁵ Arrêté du 5 mars 2004 *op. cit.*

La réglementation fixe un plafond du montant des frais facturables¹⁶ :

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

→ 1,83 Euro pour une disquette.

→ 2,75 Euro pour un cédérom »

Les coûts d'envoi sont eux calqués sur les tarifs pratiqués par les services postaux.

La modalité d'envoi préconisée par la réglementation est l'envoi postal¹⁷. Les communications par télécopie ou par téléphone sont déconseillées dans la mesure où elles ne présentent pas des garanties sûres de confidentialité et pourraient conduire à la condamnation de l'établissement de santé pour violation du secret médical.

Ces modalités de communication demeurent les mêmes quelque soit la qualité du demandeur du dossier. En revanche, la qualité du demandeur peut influencer sur les conditions de recevabilité de la demande ainsi que sur l'étendue des informations communicables.

Section 2. Les règles particulières tenant à la qualité du demandeur

L'article L.1111-7 prévoit deux autres bénéficiaires du droit d'accès au dossier médical du patient :

→ le ou les titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur

→ les ayants droit du patient défunt

L'article L.1111-7 permet également au médecin désigné par le patient d'avoir accès au dossier médical de ce dernier. Toutefois, cet accès par le médecin s'inscrit dans le cadre d'une demande formulée par le patient et on peut donc considérer que cela ne confère pas au médecin désigné un réel statut de bénéficiaire du droit d'accès au dossier médical. En effet, il s'agit plus ici de permettre au patient de conserver la possibilité d'accéder indirectement à son dossier par l'intermédiaire d'un médecin désigné comme le prévoyait auparavant la loi du 31 juillet 1991.

¹⁶ Arrêté du 1er octobre 2001 *relatif aux conditions de fixation et détermination du montant des frais de copie d'un document administratif.*

¹⁷ Arrêté du 5 mars 2004 *op. cit.*

Outre les titulaires de l'autorité parentale et les ayants droit, il existe d'autres bénéficiaires du droit d'accès au dossier médical, le tuteur et le mandataire. Toutefois, nous les distinguerons des deux premiers dans la mesure où ils ne font pas l'objet d'un régime particulier mais plus d'une adaptation des règles du droit civil dans un contexte d'accès au dossier médical.

§1. L'accès au dossier médical du mineur par les titulaires de l'autorité parentale

L'article L.1111-7 alinéa 5 dispose: « *Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L.1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.* »

Deux aspects se dégagent donc du régime d'accès au dossier médical du mineur. Le mineur ne peut accéder à son dossier médical et le droit d'accès est réservé aux titulaires de l'autorité parentale. Toutefois, cet accès peut être encadré par le mineur qui peut, d'une part, exiger que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin et, d'autre part, obtenir du médecin une opposition à l'accès de son dossier médical.

Le droit d'accès est donc réservé aux titulaires de l'autorité parentale. En comparaison avec une demande formulée par le patient, le demandeur devra donc justifier, outre son identité, de son autorité parentale.

Si le mineur ne peut accéder à son dossier médical, cela ne signifie pas pour autant que le patient mineur ne dispose d'aucune information quant à sa prise en charge. Ainsi, l'article L.1111-2 alinéa 5 du CSP précise que les patients mineurs ont le droit de disposer d'une information et de participer aux décisions les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

S'agissant de l'accès par l'intermédiaire d'un médecin, l'article R.1111-6 du CSP prévoit que ledit médecin est désigné par le ou les titulaires de l'autorité parentale.

L'opposition du mineur est encadrée par l'article L.1111-5 du CSP. Cet article prévoit que lorsqu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure et que cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé, le médecin peut

se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre.

Le médecin doit néanmoins s'efforcer, dans un premier temps, de convaincre le mineur de permettre la consultation de ces informations.

Si le mineur maintient son opposition, le médecin peut alors mettre en œuvre l'intervention ou le traitement.

L'article R.1111-6 précise que le médecin fait alors mention de l'opposition dans le dossier et que l'accès au dossier par les titulaires de l'autorité parentale est bloqué tant que l'opposition n'aura pas été levée par le mineur.

Ce droit d'opposition constitue une véritable entrave à l'accès au dossier médical du mineur mais le personnel médical doit garder à l'esprit que cette mesure, aux termes de l'article L.1111-5, est permise « *par dérogation* » aux règles régissant l'autorité parentale. Sa mise en œuvre doit donc rester exceptionnelle. Ainsi, dans un conseil rendu en décembre 2002, la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA) a rappelé : « *le droit d'accès appartenait, comme par le passé, de plein droit aux titulaires de l'autorité parentale, sans qu'il n'y ait lieu de rechercher l'accord de principe de l'intéressé¹⁸.* »

§2. L'accès au dossier médical du défunt par les ayants droit

Le droit d'accès des ayants droit est encadré par l'article L.1110-4 in fine du CSP qui dispose : « *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* »

A la lecture de cet article, la recevabilité d'une demande d'un ayant droit nécessite la satisfaction de quatre conditions cumulatives.

Tout d'abord, étant donné que la demande émane d'un ayant droit, il est nécessaire que le patient en question soit décédé. Dans la grande majorité des cas, cette condition peut être vérifiée directement par l'établissement de santé. Ainsi, au CHU de Bicêtre, la DAGRU

¹⁸ CADA 19 décembre 2002, Conseil 20024609, *ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire.*

peut accéder numériquement au dossier administratif du patient et si celui-ci est décédé au sein de l'établissement de santé, son décès est mentionné dans son mode de sortie de l'établissement. Toutefois, il est possible que le dossier administratif du patient ne fasse pas figurer le décès.

Exemple : Un patient est admis au service des Urgences puis est transféré vers un autre établissement de santé au sein duquel il décède. L'ayant droit souhaite obtenir la communication du dossier médical relatif à son passage au CHU de Bicêtre. Dans ce cas, le mode de sortie de l'établissement ne mentionne pas le décès car le patient n'est pas décédé au CHU de Bicêtre.

L'ayant droit devra alors justifier du décès du patient en joignant à sa demande un acte de décès.

Ensuite, le demandeur doit justifier de sa qualité d'ayant droit en plus de justifier de son identité. En matière d'accès au dossier médical, la réglementation estime que l'ayant droit est le successeur légal du défunt¹⁹. Cette preuve est généralement apportée par la délivrance du livret de famille ou par un certificat d'hérédité.

Par ailleurs, une demande d'accès d'un ayant droit ne pourra être satisfaite si le patient s'est opposé de son vivant à la communication de son dossier médical.

A ce sujet, la CADA a estimé que le destinataire de la demande devait apporter la preuve que le patient s'était expressément opposé à la communication de son dossier médical pour refuser l'accès à l'ayant droit²⁰.

Enfin, l'ayant droit se doit de motiver sa demande. Trois motifs sont retenus par la loi :

- connaître les causes du décès
- faire valoir les droits de l'ayant droit
- défendre la mémoire du défunt

Sur ce point, la CADA est venue récemment préciser de quelle manière l'ayant droit devait motiver sa demande en considérant :

« Si l'objectif relatif aux causes de la mort n'appelle, en général, pas de précisions supplémentaires de la part du demandeur, il en va différemment des deux autres objectifs.

¹⁹ Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 *op. cit.*

²⁰ CADA 11 septembre 2008, Avis 20083539, directeur du groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille (GHICL).

Invoqués tels quels, ils ne sauraient ouvrir droit à communication d'un document médical. Il appartient au demandeur de préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir.²¹ »

Par conséquent, il ne suffit plus à l'ayant droit de faire apparaître dans sa demande un des motifs ou l'ensemble des motifs retenus par la loi. Pour la défense de la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits, l'ayant droit devra donc développer ces motifs.

Exemple : démontrer que le patient n'était pas sain d'esprit lorsqu'il a rédigé une donation peut permettre de faire valoir les droits de l'ayant droit dans une succession.

Derrière la motivation de la demande se cache également un autre enjeu. En effet, ce sont les motifs de la demande qui détermineront les informations qui seront communiquées à l'ayant droit.

L'article L.1110-4 mentionne bien que seront délivrées les informations nécessaires à la satisfaction des motifs vus précédemment. Ainsi, le médecin en charge de la demande ne délivrera uniquement les informations permettant de répondre aux motifs figurant dans la demande de dossier médical.

Pourtant, l'arrêté du 5 mars 2004 a créé une confusion en disposant que « *Ces conditions une fois réunies, l'ayant droit a accès à l'ensemble du dossier médical* ». Le pouvoir réglementaire, en s'appuyant sur des avis CADA rendus en 2003²², avait alors étendu le droit d'accès à l'ensemble des éléments du dossier médical. Le Conseil d'Etat est venu rapidement trancher cette différence existant entre la réglementation et la loi en estimant :

« que les dispositions attaquées (l'arrêté du 5 mars 2004), qui prévoient que la communication aux ayants droit peut porter sur l'ensemble des informations figurant dans le dossier médical, méconnaissent ces principes (la loi du 4 mars 2002) ; que ces dispositions doivent, par suite, être annulées, ainsi que la décision par laquelle le ministre de la santé et de la protection sociale a refusé de les retirer²³. »

Au terme de ces fluctuations réglementaires et jurisprudentielles, l'accès des ayants droit est donc bien limité aux informations nécessaires comme le prévoyait initialement la loi du 4 mars 2002. Les dispositions litigieuses de l'arrêté du 5 mars 2004 ont été par la suite modifiées²⁴.

²¹ CADA 12 janvier 2012, Avis 20120019-ND, basedaj.aphp.fr

²² CADA 20 novembre 2003, Avis 20034659 et 20034213.

²³ CE 26 septembre 2005 n°270234, *Conseil national de l'Ordre des médecins*.

²⁴ Arrêté du 3 janvier 2007 *op. cit.*

§3. Les autres bénéficiaires du droit d'accès

A. Le tuteur

Le régime de tutelle implique une représentation du majeur protégé et il apparaissait donc naturel que le tuteur dispose d'un droit d'accès au médical du majeur protégé. Ainsi, l'article R.1111-1 mentionne le tuteur comme bénéficiaire du droit d'accès au même titre que le patient, le titulaire de l'autorité parentale ou l'ayant droit.

Le tuteur exerce seul ce droit d'accès à la différence du régime de curatelle où le droit d'accès au dossier médical reste à l'initiative du patient ²⁵.

De même que pour le mineur, le majeur sous tutelle n'est pas dépossédé de tout droit. Ainsi, l'article L.1111-2 prévoit que le majeur sous tutelle a le droit de recevoir une information et participer à la décision médicale le concernant d'une manière adaptée à son degré de discernement.

B. Le mandataire

La possibilité pour le patient de recourir à un mandataire pour accéder à son dossier médical a été prévue par l'arrêté du 5 mars 2004. Le Conseil d'Etat est venu confirmer la conformité de cet accès par rapport à la loi du 4 mars 2002 en estimant :

« Considérant qu'il ne résulte pas des définitions précitées du code de la santé publique que le législateur ait entendu exclure la possibilité pour la personne concernée d'accéder aux informations médicales relatives à sa santé détenue par des professionnels et établissements de santé en recourant, dans les conditions de droit commun, à un mandataire dès lors que ce dernier peut justifier de son identité et dispose d'un mandat exprès, c'est à dire dûment justifié ; que dès lors, le Conseil national de l'Ordre des médecins n'est pas fondé à demander l'annulation des dispositions du troisième alinéa du IV des recommandations homologuées par l'arrêté attaqué²⁶ ; »

Plusieurs conditions doivent être remplies. Le mandataire doit disposer d'un mandat exprès et justifier de son identité.

²⁵ CADA 22 mars 2007, Avis 20071208, *médecin conseil de l'assurance, chef de service responsable du secteur de Juvisy.*

²⁶ CE 26 septembre 2005 n°270234, *op. cit.*

La CADA est venue également préciser que le destinataire de la demande pouvait refuser de communiquer le dossier au mandataire lorsqu'il existe des doutes quant à la capacité du mandant à rédiger un tel mandat ou lorsqu'il apparaît que le mandataire n'agit pas dans les intérêts du patient²⁷.

Enfin, le mandat s'exerce dans les conditions de droit commun. Ainsi, en conformité avec l'article 1989 du Code civil, le mandataire ne pourra accéder qu'aux informations autorisées par le patient.

²⁷ CADA 20 décembre 2007, Conseil 20074929, *directeur de l'établissement public de santé Paul-Guiraud de Villejuif*.

SECONDE PARTIE.

L'APPLICATION PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER

Lorsque le législateur arrive à énoncer un régime juridique suffisamment clair, il est naturel de s'attendre à ce que l'application de ce régime ne soulève pas de difficultés majeures. Malheureusement, tout n'est pas aussi simple et l'initiateur de notre Code civil aurait déjà été lucide sur ce point en affirmant :

« Les lois claires en théorie sont souvent un chaos à l'application.²⁸ »

S'agissant de l'accès au dossier médical, il serait exagéré de considérer que son application relève du chaos mais elle suscite néanmoins de nombreuses difficultés.

L'exemple du CHU de Bicêtre apparaît comme particulièrement instructif sur ce point. Tout d'abord, de par sa taille, le CHU de Bicêtre constitue un parfait exemple pour montrer les différentes difficultés que peuvent rencontrer le personnel hospitalier dans le traitement de ces demandes. De plus, le CHU de Bicêtre a récemment entrepris la volonté d'améliorer le traitement des demandes d'accès au dossier médical et permet, ainsi, d'illustrer les solutions que peut apporter aujourd'hui un établissement public de santé.

Section 1. Les différentes difficultés rencontrées par l'établissement de santé

La présentation de ces difficultés étant intimement liée aux solutions qui s'y rapportent, il apparaît opportun de distinguer ces difficultés quant à leur cause.

Ainsi, d'une façon similaire à l'analyse de problèmes relatifs à l'économie, on peut cibler , d'une part, des difficultés « conjoncturelles » tenant à des contextes particuliers de faits ou de personnes. D'autre part, il existe également des difficultés « structurelles » où il apparaît ici complexe de conjuguer le respect de certaines dispositions, et notamment celles relatives aux modalités de communication, avec l'organisation d'un établissement de santé.

²⁸ Napoléon Bonaparte, evene.fr

§1. Les difficultés conjoncturelles

A. La complexité de certaines demandes

Certaines demandes peuvent susciter des difficultés quant à leur traitement. Deux exemples de demandes adressées à la DAGRU du CHU de Bicêtre permettront d'illustrer ce propos. Dans le premier exemple, la difficulté tient à ce que le traitement de cette demande nous a fait apparaître une insuffisance de la loi. Dans le second exemple, la demande ne posait pas réellement de difficultés juridiques mais son contexte factuel était tel que cela s'est répercuté dans son traitement.

Exemple 1 :

Une demande de dossier médical nous est transmise par un chef de service le 24 avril 2013. La demande est rédigée par un avocat représentant le père de la patiente mineure en question. Cette demande a été formulée suite au fait que la patiente avait été opérée le 12 avril 2013 et que le père n'avait été prévenu que la veille. Le formulaire d'autorisation d'opérer avait été signé par la mère qui a toujours prétendu être la seule titulaire de l'autorité parentale. Nous demandons au père de nous fournir la preuve de son autorité parentale ce qu'il fait en nous fournissant une copie de son livret de famille.

Le problème qui se pose ici est que, dans une situation où un conflit entre les deux parents ne fait guère de doute, il est possible que le père ait été de mauvaise foi en nous fournissant la copie du livret de famille suffisant à justifier de son autorité parentale tout en dissimulant le fait qu'un jugement lui a retiré par ailleurs cette autorité. Toutefois, dans le cas où la mère mentirait, on ne peut pas demander au père d'apporter la preuve d'un fait négatif (prouver qu'on ne lui a pas retiré son autorité parentale). Au regard du justificatif fourni, il a donc été décidé d'accéder à la demande du père tout en sachant que le CHU pourra faire l'objet d'une action pour violation du secret médical si le père nous avait effectivement menti.

Ce cas doit être apprécié à la lumière de l'article 372-2 du Code civil qui dispose que : *« A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des époux est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant »*. L'accès au dossier médical étant un acte usuel, un titulaire de l'autorité parentale peut le demander seul. Néanmoins, si tel n'avait pas été le cas, notre cas aurait été plus facile

à résoudre dans la mesure où une demande conjointe nous aurait permis d'être sur que le père avait bien l'autorité parentale. Comme le fait remarquer Thierry Casagrande, il pourrait être opportun d'estimer qu'une demande d'accès au dossier médical, en cas de conflit criant entre les parents, ne soit pas considérée comme un acte usuel de l'autorité parentale car l'enfant peut devenir « un enjeu au service de l'intérêt de l'un des parents contre l'autre parent » et que la demande du dossier dépasse dans ce cas le seul intérêt de l'enfant²⁹.

Exemple 2 :

Nous recevons le 6 mai 2013 la mère d'un enfant hospitalisé entre le 4 et le 22 avril 2013. Cette dame nous fait part de son incompréhension quant au comportement du personnel médical qui refuse de transmettre à elle et son époux les résultats des examens qui ont été pratiqués sur son enfant. Madame CUMONT, chargée des relations avec les usagers, lui demande si son enfant est encore hospitalisé au sein du CHU de Bicêtre. Elle répond que son enfant a été provisoirement éloigné mais qu'elle et son époux conservent néanmoins l'autorité parentale et nous montre à ce titre une ordonnance du juge des enfants. Celle-ci fait état de violences aggravées reconnues par les deux parents sur leurs enfants de 6 et 8 ans (coups récents et anciens, brûlures, lacérations au visage). La mère ajoute être choqué par le comportement du personnel médical à son égard, espère obtenir le dossier médical le plus rapidement possible et nous communique les coordonnées de leur avocat.. Une fois cette dame partie, nous appelons la cadre de santé du service qui nous fait part de l'hostilité du personnel médical à communiquer la moindre information à ce couple. Nous parvenons à apprendre de l'avocat qu'une audience aura lieu le mercredi 15 mai.

Ce cas ne pose pas de problème juridique particulier. Malgré les faits, les deux parents ont encore, au moins provisoirement, l'autorité parentale et sont donc en droit de demander la communication du dossier médical. Néanmoins, la réaction du personnel médical est compréhensible et nous-mêmes étions assez réticents à l'idée de satisfaire à la demande des parents. Une audience ayant lieu le 15 mai, nous avons décidé d'appeler le TGI de Créteil pour savoir sur quoi portait cette audience. En effet, si cette audience avait statué sur le retrait de l'autorité parentale, il aurait été possible de « ne pas traiter cette demande prioritairement » et éventuellement ne plus satisfaire à la demande des parents si cette autorité parentale leur avait été retirée. Toutefois, le juge nous a répondu que cette audience ne portait que sur la

²⁹ CASAGRANDE (T.), « *L'accès direct au dossier médical : Principes juridiques et réalités pratiques* », Médecine & Droit n°71, 1er mars 2005 p.52-53.

responsabilité pénale de ces derniers ; l'audience statuant sur le retrait de l'autorité parentale n'ayant lieu que le 18 octobre 2013.

Par conséquent, nous avons donc enjoint le service d'accéder à la demande de ces parents.

B. La méconnaissance de la loi par certains membres du personnel médical

Cette méconnaissance peut aboutir à deux types d'irrégularités :

→ le personnel médical recevant une demande directement (non adressée antérieurement à la DAGRU) y satisfait alors qu'elle n'est pas recevable ou bien nécessite des justificatifs.

→ le personnel médical ne souhaite pas communiquer le dossier malgré la conformité de la demande.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

Pour le premier type, un exemple récent permet de l'illustrer : nous apprenons le 23 mai 2013 qu'un service communique systématiquement les dossiers de soins infirmiers aux ayants droit, que les conditions d'accès soient satisfaites ou non.

Toutefois, il faut nuancer ce propos. En effet, la grande majorité des cas dans lesquels les services accèdent trop facilement aux demandes d'accès tient au fait que le personnel finit par craquer face à des demandeurs d'accès de plus en plus pressants ou même menaçants. Il faut comprendre à ce sujet que l'attitude des demandeurs de dossiers a fortement évolué ces dernières années à l'égard du personnel médical ou administratif. Ainsi, il est fréquent que des demandeurs reprochent à l'établissement de communiquer les dossiers par une voie aussi lente que le courrier même si celle-ci est préconisée par la réglementation. Les courriers de demandes sont de plus en plus souvent assortis des délais de communication applicables et des éventuels recours qui sont ouverts en cas de non respect de ces délais. Dans le cadre d'une réclamation, une dame nous a même confié avoir subtilisé le dossier médical de son époux dans le service où celui-ci avait été pris en charge.

Ces irrégularités ne tiennent pas à une réelle ignorance de la loi mais plutôt au fait que le personnel médical ne parvient à faire comprendre à ces demandeurs les raisons pour lesquelles il est nécessaire de présenter un tel justificatif, pourquoi telle demande est irrecevable, etc. La préoccupation première d'un service est la prise en charge médicale et il peut donc arriver que des membres du personnel excédés finissent par répondre à ces demandes pour enfin retourner à « la raison première de leur travail ».

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

Le refus de communiquer un dossier malgré la conformité de la demande est malheureusement plus difficilement explicable mais reste néanmoins exceptionnel.

Au sein du CHU de Bicêtre, il existe ainsi un service qui, lorsqu'une demande de dossier peut laisser supposer qu'elle a pour objet d'appuyer une éventuelle action en responsabilité, tend à oublier d'y accéder. Lorsque la demande est formulée par l'avocat du patient, l'oubli devient alors presque systématique.

Toutefois, ce cas est désormais bien connu de la DAGRU et après un certain nombre de relances auprès de ce service, le dossier finit toujours par être transmis.

§2. Les difficultés structurelles

Une disposition de la loi du 4 mars 2002 est difficilement conciliable avec l'organisation d'un établissement de santé : le respect des délais de communication. Par ailleurs, le CHU de Bicêtre rencontre également des difficultés pour parvenir à facturer les dossiers.

A. Le respect des délais de communication

Le rapport de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) (cf. Annexe 1) est un outil particulièrement pratique pour révéler les difficultés relatives au respect des délais de communication des dossiers médicaux.

La CRUQPC a été instaurée au sein des établissements de santé par un décret en date du 2 mars 2005³⁰ et a deux missions principales :

- veiller au respect des droits des usagers
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge

Elle rend un rapport annuel d'activité qui doit être transmis à l'Agence Régionale de Santé et qui livre notamment une analyse quantitative et qualitative du traitement des demandes de dossiers médicaux.

Le rapport 2012 nous révèle que le délai moyen de satisfaction des demandes de dossiers médicaux a été au sein du CHU de Bicêtre de quatre semaines (cf. Annexe 1 p. 30).

³⁰ Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 *relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique* .

Ce chiffre contraste assez nettement avec le délai de huit jours imposé par le législateur. Toutefois, il faut impérativement comprendre que ce délai n'est absolument pas tenable. Pour cela, prenons tout d'abord, le schéma type de la demande traitée le plus rapidement possible :

→ La demande arrive au jour j à la DAGRU. Elle est traitée le jour même et est transmise au vagemestre ($j+1$). Le vagemestre la transmet au service ($j+2$). Le chef de service prend connaissance de son courrier et demande à ses secrétaires de procéder à la communication du dossier ($j+3$). La secrétaire réunit le dossier, établit un devis, procède aux photocopies et l'envoie au demandeur ($j+5$).

Le législateur peut d'ores et déjà se réjouir du fait que le délai minimal de communication de deux jours ne risque pas d'être violé par les établissements de santé.

Maintenant, la demande peut aussi avoir été directement adressée au service qui va donc la retransmettre à la DAGRU pour avoir confirmation quant à sa conformité, soit deux jours supplémentaires. La demande peut également présenter une certaine complexité qui va nécessiter un temps de traitement supplémentaire par la DAGRU. Ensuite, une demande concerne souvent plusieurs services et il suffit que l'un de ces services fasse défaut dans le respect du délai pour que la demande soit considérée comme satisfaite hors délai. Enfin, et de manière plus générale, le personnel médical ne place pas le respect du délai maximal de communication du dossier comme sa plus grande priorité, ce qui peut être compréhensible.

Toutefois, avec un délai moyen de 4 semaines, les raisons évoquées ci-dessus ne suffisent pas à expliquer ce retard surtout lorsqu'on constate une grande disparité entre les services quant au respect de ces délais. Pour comprendre cette disparité entre les services, prenons l'exemple du pôle OURA du CHU de Bicêtre qui est probablement le plus instructif (cf. Annexe 1 p.32) :

Au sein de ce pôle, en sélectionnant les services SAU (Urgences) et Orthopédie, on constate tout d'abord qu'ils ne connaissent pas la même quantité de demandes de dossiers médicaux (SAU 71; Orthopédie 150) et que les délais moyens calculés en semaines varient considérablement (SAU 1,5 ; Orthopédie 4). La différence du nombre de demandes n'est pas le facteur le plus important pour expliquer cet écart. L'écart tient surtout à la différence de travail que représente le traitement d'une demande de dossier médical dans ces deux services. En effet, le dossier médical d'un patient hospitalisé aux Urgences est minuscule en

comparaison d'un dossier médical d'Orthopédie où le patient fait l'objet d'un long suivi pouvant s'étaler sur plusieurs années.

B. La facturation des demandes de dossiers

Rencontrer des difficultés pour facturer les demandes de dossiers médicaux n'affecte pas défavorablement le demandeur mais constitue néanmoins une perte si minime soit elle pour l'hôpital. Par ailleurs, cela n'encourage pas l'établissement de santé à développer des moyens pour améliorer le traitement de ces demandes.

Dans la grande majorité des cas, il n'est pas procédé à la facturation des demandes de dossiers médicaux car les secrétaires médicales s'y refusent. La raison de ce refus est simple : les secrétaires médicales ne disposent pas de balances au sein de leur service permettant de déterminer le nombre de feuilles qui composent un dossier médical et seraient donc obligés de compter à la main ce nombre pour établir le devis relatif à la demande.

Il faut admettre que si le dossier fait plus de 100 pages et que le service reçoit très souvent des demandes de dossier similaires (ex : le service d'Orthopédie), cela peut devenir vite agaçant.

Section 2. Les solutions pouvant être apportées par un établissement de santé

Le retard dans la communication du dossier médical ou l'insatisfaction d'une demande pourtant recevable peut faire l'objet d'un recours devant la CADA ou d'une saisie du Défenseur des droits ce qui n'est jamais agréable pour un établissement de santé. Par ailleurs, ces difficultés peuvent devenir motifs de réclamations apparaissant également dans le rapport CRUQPC et peuvent donc nuire à l'image d'un établissement de santé.

Par conséquent, même si le retard dans le délai de communication des dossiers médicaux est inévitable, l'établissement de santé a néanmoins à cœur d'améliorer, avec les moyens dont il dispose, le traitement de ces demandes.

Ainsi, en 2012, la DAGRU a élaboré une nouvelle procédure interne relative à la communication du dossier médical destinée aux professionnels de santé de l'établissement. Une formation destinée aux secrétaires médicales a également été prévue. Nous verrons enfin, si le dossier médical personnel peut être la solution à ces problèmes.

§1. La nouvelle procédure de communication du dossier médical

Cette nouvelle procédure intitulée « *Communication du dossier patient au patient ou ayant droit* » (cf. Annexe 2) a été approuvée le 28 février 2012 par Madame Christine GUERI qui était alors Directrice de la Qualité et des Droits du Patient.

Le premier objectif était tout d'abord d'harmoniser les pratiques des différents services du CHU de Bicêtre quant au traitement des demandes de communication des dossiers médicaux.

Ensuite, il s'agissait également de traduire de manière simplifiée le régime d'accès au dossier médical pour les professionnels de santé (cf. Annexe 2 p.36) . En effet, dans l'optique d'améliorer le traitement des demandes de dossiers médicaux, il est plus productif de focaliser l'attention des professionnels de santé sur les aspects du régime qui vont les concerner dans le traitement de ces demandes.

Concernant plus spécifiquement la facturation des demandes de dossiers, il convenait de formaliser auprès des secrétaires, les décisions prises déjà antérieurement pour faciliter leur travail :

→ renoncer à facturer les demandes de dossiers dont les frais sont inférieurs à 5 euros.

→ pour les demandes dont les frais sont compris entre 5 et 15 euros : procéder à la facturation mais ne pas soumettre le devis pour acceptation au demandeur. Il s'agissait ici de considérer que pour une somme comprise entre 5 et 15 euros (relativement peu importante), l'acceptation de demandeur était acquise.

→ pour les demandes dont les frais sont supérieurs à 15 euros: suivre la procédure classique (facturation + devis pour acceptation). Il est entendu que ce sont les facturations de ses demandes qui posaient justement le plus de problèmes vis à vis des secrétaires (cf. p.24) mais ce sont aussi les facturations de ces demandes qui sont les plus importantes pour l'établissement. Il convenait donc de faire comprendre aux secrétaires que malgré leur refus de facturer ces dossiers qui n'était après tout pas légitimement fondé, la DAGRU comprenait néanmoins la quantité de travail que cela représentait et était donc prête à un compromis en allégeant les autres facturations.

§2. La formation destinée aux secrétaires médicales

Cette formation est étroitement liée à la procédure vue précédemment puisqu'elle avait avant tout comme but de s'assurer que l'élaboration de cette procédure parvienne bien jusqu'au personnel à qui elle était destinée. En effet, si la trace écrite est nécessaire pour attester des souhaits d'une direction, il est tout aussi important de prévoir un contact avec les personnes concernées pour espérer avoir des répercussions.

Cette formation permettait également de laisser les secrétaires médicales s'exprimer quant à leurs difficultés quotidiennes dans le traitement de ces demandes ainsi que d'aborder des points particuliers ne figurant pas expressément dans la procédure. Ayant travaillé sur l'élaboration cette formation au cours d'un stage effectué en juin 2012 dans cette même direction, pouvoir participer activement à sa réalisation pratique un an après fut un véritable plaisir.

L'organisation prévue était d'effectuer une formation par pôle et une première formation a donc eu lieu le 18 avril 2013 avec les secrétaires médicales du pôle MFADU (cf. Annexe 3). Il était intéressant de commencer par ce pôle car des améliorations devaient certainement être possibles. En effet, si l'on se réfère au rapport CRUQPC (cf. Annexe 1 p.34), il apparaît que malgré un nombre de demandes relativement peu important (Hépatogastro Entérologie (HGE) 24 ; Chirurgie pédiatrique 17 ; Néphrologie 16), les délais moyens sont relativement longs (HGE 5 ; Chirurgie pédiatrique 7 ; Néphrologie 7).

Afin d'améliorer le respect des délais, nous leur avons proposé de traiter directement (sans l'aval de la DAGRU) les demandes les plus simples comme par exemple le patient souhaitant obtenir son compte rendu d'hospitalisation (CRH) et qui justifie de son identité. Cela nous par d'autant plus naturel que le patient devrait pouvoir l'obtenir dès sa sortie de l'établissement. Toutefois, ces demandes devaient être néanmoins portées à la connaissance de la DAGRU notamment en vue de la rédaction du rapport CRUQPC.

Les secrétaires avaient également émis le souhait, avant la date de cette formation, d'être mieux informées quant aux règles d'accès au dossier médical s'agissant des demandes formulées par les avocats, des demandes provenant de la Direction des Affaires Juridiques de l'APHP pour expertise ainsi qu'en matière de transfert du patient vers un autre établissement de santé. Nous y avons donc intégré ces aspects dans cette formation.

Enfin, nous avons également précisé le régime d'accès des ayants droit car ces demandes de dossiers se transforment de plus en plus en réclamations. Cela peut s'expliquer

par le fait que ces demandes interviennent dans un contexte de deuil avec des demandeurs moins enclins à comprendre notamment toutes les conditions de recevabilité de la demande ainsi que les limites quant aux informations qui seront fournies (cf. p.13-15). Aussi, nous leur avons demandé de bien retenir le régime applicable en la matière surtout si la demande d'accès leur avait été adressée en premier lieu et de pouvoir alors fournir une information appropriée quant aux conditions relatives à cette demande. En effet, il apparaît évident que la délivrance d'une information claire et précise au premier contact avec le personnel médical ou administratif d'un établissement de santé est un facteur non négligeable de réduction des litiges pour ce type de demandes. Bien trop souvent des demandes d'ayants droit sont devenues des réclamations à cause du sentiment chez ces personnes d'être « promené » entre le service et la DAGRU entraînant alors chez les demandeurs l'impression que l'établissement de santé cherche à leur dissimuler quelque chose.

La réception de cette formation par les secrétaires médicales fut dans l'ensemble positive. Le seul bémol reste encore la facturation où de sérieux efforts vont devoir être fournis pour espérer une nette amélioration.

§3. Le dossier médical personnel

Le dossier médical personnel est un projet public à l'initiative du ministère de la Santé et lancé par une loi du 13 août 2004³¹. L'idée de ce projet est de permettre, avec l'accord du patient, de créer un dossier médical informatisé où les professionnels de santé pourront mettre à disposition d'autres professionnels de santé des informations médicales concernant le patient pour faciliter sa prise en charge. Le patient peut bien entendu accéder lui aussi à ce dossier.

Un tel système faciliterait grandement l'accès au dossier médical par le patient.

Toutefois, il faut avouer, qu'en raison notamment des difficultés pour sécuriser l'accès à ce dossier, le projet n'avance pas beaucoup. Ainsi, lancé en 2004, il a fallu attendre 2008 pour que le projet soit finalement relancé et ce n'est qu'à partir du 5 janvier 2011 qu'il est désormais possible pour un patient de se constituer un dossier médical personnalisé. Le succès de ce projet est très mitigé.

A ce sujet, la Cour des comptes a rendu un rapport peu flatteur concernant la mise en œuvre du dossier médical personnel³². Outre le fait que l'ensemble du projet ait coûté plus d'un demi milliard d'euros sans remplir pour autant les objectifs qui avaient été fixés

³¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie*

³² Cour des comptes 19 février 2013, *Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*

(seulement 158 000 dossiers médicaux personnels ouverts en juin 2012), la Cour des comptes dénonce surtout le manque de stratégie, de cohérence et de rigueur dans la réalisation de ce projet ainsi que l'absence de maîtrise et d'évaluation des coûts.

Il ne faut donc pas s'attendre à ce que les difficultés rencontrées par l'établissement de santé dans la communication des dossiers médicaux soient rapidement résolues par l'émergence du dossier médical personnel.

CONCLUSION

L'accès direct au dossier médical a voulu être facilité par le législateur qui a prévu à ce titre un régime d'accès très favorable pour le demandeur. Toutefois, cette volonté se heurte à ce qui est la réalité de l'hôpital public. En effet, les difficultés d'organisation sont difficilement conciliables avec les délais exigés par le législateur.

Le renforcement constant des droits du patient, qu'il soit considéré comme nécessaire par certains ou excessif par d'autres n'est plus réellement un débat d'actualité. En effet, son mouvement semble inexorable et il est plus productif de s'interroger comment nos établissements publics de santé peuvent répondre aux attentes exigeantes du législateur.

En matière d'accès au dossier médical, s'il a pu être montré que l'établissement pouvait apporter des solutions pour respecter au mieux les modalités de communication, gardons à l'esprit que ces solutions restent limitées. En effet, ces solutions (nouvelle procédure, formation du personnel) ont une caractéristique commune essentielle : l'absence de coût qu'elles représentent pour l'établissement de santé. Il faut donc comprendre que si ces solutions ne peuvent qu'améliorer la situation existante, elles ne peuvent être la seule voie à emprunter pour améliorer nettement le traitement des demandes d'accès aux dossiers médicaux. Dans certains services, l'augmentation du nombre de secrétaires sera toujours plus efficace que de mieux expliquer les règles existantes. Or le problème se situe bien sur ce point. Dans un contexte de réduction des dépenses publiques, il est bien compréhensible que les investissements des établissements publics de santé viseront toujours et avant tout l'amélioration de la prise en charge médicale.

Une prise de conscience est donc nécessaire. Si le législateur souhaite poursuivre le renforcement des droits des patients, cela doit se faire dans une certaine mesure et surtout en s'interrogeant si les dispositions qu'il prévoit sont réellement applicables. Sur bien trop de sujets les pouvoirs publics adoptent une attitude schizophrénique consistant à exiger par un texte certaines choses pour ensuite orchestrer les effets inverses dans un autre texte.

Il n'est pas responsable de faire croire à l'amélioration du service public tout en réduisant par ailleurs les moyens dont il dispose. Entretenir cette illusion ne risque que de créer un profond décalage entre le service public et ses bénéficiaires.