



LES GUIDES
DE L'AP-HP



COMMUNIQUER

LE DOSSIER MÉDICAL

RÈGLES

ET RECOMMANDATIONS

MAI

2025

Ce guide a été réalisé en 2014 pour sa première édition par la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP. Il a été mis à jour en 2025.





SOMMAIRE



AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE 1 - CE QU'EST UN DOSSIER MEDICAL.....	7
CHAPITRE 2 - LE DROIT DU PATIENT A LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS	26
CHAPITRE 3 - LA DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL.....	43
CHAPITRE 4 - COMMUNIQUER LE DOSSIER MEDICAL.....	48
CHAPITRE 5 - L'ACCES PARTAGE ENTRE PROFESSIONNELS ET ENTRE ETABLISSEMENTS	59
CHAPITRE 6 - QUAND LE PATIENT AUTORISE UN TIERS A ACCEDER A SON DOSSIER.....	74
CHAPITRE 7 - QUAND LE PATIENT EST MINEUR OU MAJEUR PLACE SOUS PROTECTION JURIDIQUE.....	80
CHAPITRE 8 - LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS GENETIQUES.....	89
CHAPITRE 9 - LE DOSSIER D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP).....	97
CHAPITRE 10 - QUAND LE PATIENT EST SOIGNE EN PSYCHIATRIE	104
CHAPITRE 11 - QUAND LE PATIENT EST DECEDE	112
CHAPITRE 12 - LE DOSSIER DU DETENU	125



CHAPITRE 13 - QUAND LE DOSSIER EST DEMANDE PAR LA POLICE OU LA JUSTICE	129
CHAPITRE 14 - QUAND LE DOSSIER EST DEMANDE PAR UN TIERS EXPERT	134
CHAPITRE 15 - QUAND LE DOSSIER EST DEMANDE PAR UN ASSUREUR	140
CHAPITRE 16 - LA COMMUNICATION DU DOSSIER POUR UNE EVALUATION OU UN CONTROLE MEDICAL	146
CHAPITRE 17 - LE DOSSIER DE L'ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS.....	153
CHAPITRE 18 - LE DOSSIER DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE.....	157
CHAPITRE 19 - LA DUREE DU DROIT A LA COMMUNICATION	162
CHAPITRE 20 - QUAND L'HOPITAL N'EST PAS EN MESURE DE COMMUNIQUER LE DOSSIER.....	166
CHAPITRE 21 - EN CAS DE LITIGE	169
INDEX.....	174

Un dossier médical est constitué dans les établissements de santé pour chaque patient hospitalisé. Ce dossier doit être considéré, à côté du dossier administratif du patient, comme une composante du « dossier du patient ».¹

Comprenant des pièces de nature différente, variables selon le parcours du patient, il constitue un support d'information essentiel pour le suivi médical individuel et pour l'évaluation des soins.

Nombreux sont ceux qui, pour des raisons qui leur sont propres, souhaitent en avoir communication.

En premier lieu, les patients. Cette communication leur est souvent nécessaire pour poursuivre leur traitement dans les meilleures conditions, sans rupture, auprès d'un autre médecin, d'une autre équipe médicale. Ils peuvent ainsi, également, disposer directement des informations qui ont été recueillies sur leur état de santé et les soins dispensés. Permettre qu'ils y parviennent sans difficulté, en toutes circonstances, dans le respect du secret professionnel, a été un objectif majeur de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les ayants droit du patient décédé peuvent également solliciter l'accès au dossier médical, notamment pour connaître les causes exactes de son décès. Il en est de même de certaines autorités et organismes afin de mener une expertise, de réunir des informations et des preuves ou encore d'effectuer des études ou des contrôles de qualité.

Enfin, le dossier médical constitue bien entendu pour les professionnels hospitaliers l'instrument d'une bonne conduite des soins à l'hôpital : il retrace en effet le parcours thérapeutique du patient et contribue à la cohérence de sa prise en charge. La bonne tenue du dossier et son accessibilité au sein de l'hôpital sont des conditions souvent indispensables pour que les décisions médicales soient pertinentes. Elles permettent en outre d'éviter des investigations redondantes.

Cette énumération n'est pas limitative. La médicalisation de notre société, l'exigence d'information des patients, la professionnalisation croissante des pratiques font aujourd'hui du dossier médical un outil central du processus de soins et la condition indispensable d'un parcours véritablement coordonné.

L'hôpital est le dépositaire du dossier médical. Il ne détient sur les dossiers médicaux aucun droit d'usage exclusif. Il faut plutôt voir dans cette fonction - établir un dossier et le conserver dans les meilleures conditions, pour mieux le rendre disponible tout en garantissant sa confidentialité - une responsabilité qui s'inscrit dans la démarche de qualité attendue de nos établissements.

Le présent guide a pour objet de préciser aux professionnels de l'hôpital, aux usagers et à leurs représentants, les règles qui s'imposent aujourd'hui en la matière. L'enjeu est d'assurer concrètement le droit du patient à l'accès aux informations médicales et de sécuriser juridiquement les modalités de leur communication.

¹ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations, juin 2003* : « Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quel titre que ce soit, dans un établissement de santé » (p. 3). L'ANAES/HAS a ainsi retenu le terme de « dossier du patient », celui de « dossier médical » risquant d'évoquer son appartenance exclusive aux médecins et de créer ainsi une confusion.

Pour mémoire, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a été supprimée et la Haute autorité de santé (HAS) s'y est substituée en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

Le droit d'accéder à son dossier n'est en réalité qu'un mode de mise en œuvre d'un droit du patient plus général, consacré par la loi du 4 mars 2002 : celui d'être informé en toute transparence sur son état de santé.²

Ceci avait été particulièrement bien formulé par l'ANAES/HAS dans ses recommandations de bonne pratique :

*« Même si le droit à l'accès aux informations concernant sa santé permet effectivement à une personne d'être informée, le plus souvent a posteriori, il ne saurait se substituer au droit de la personne à l'information sur son état de santé, que la loi du 4 mars 2002 réaffirme solennellement. L'information fait partie intégrante de la relation de soin. Cette information, le plus souvent orale au cours de la prise en charge, permet à la personne de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé, d'éclairer son consentement et de faciliter son adhésion au traitement. Elle contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des soins. La possibilité pour une personne d'accéder directement aux informations formalisées ne fait que compléter son droit à l'information. Elle ne saurait dispenser le professionnel de santé de son devoir de communiquer régulièrement à la personne les informations pertinentes concernant sa santé, ce qui devrait limiter les demandes d'accès au dossier et rendre improbable la découverte fortuite d'informations significatives lorsque la personne souhaite accéder à son dossier ».*³

² Sur l'ensemble du sujet, on lira utilement « L'accès au dossier médical », in Rapport sur les droits des malades 2007-2008, Observatoire des droits et responsabilités des personnes en santé, Presses de l'EHESP, 2009

³ HAS, Accès aux informations concernant la santé d'une personne, modalités pratiques et accompagnement, décembre 2005, p. 5 (ces recommandations ont repris, légèrement modifiées, les recommandations de l'ANAES/HAS de février 2004).

Chapitre 1 - Ce qu'est un dossier médical >>

Avant toute chose, qu'entend-on précisément par « dossier médical » ?

Pour répondre à cette question, il est utile de rappeler que si la réglementation hospitalière a prévu la réunion en un « dossier » des données médicales relatives au patient, le droit de communication relève d'un droit plus général : celui qu'a établi la loi relative aux droits des malades du 4 mars 2002 et qui vise l'information due au patient sur son état de santé¹ et son corollaire, le droit du patient à pouvoir accéder à « l'ensemble des informations concernant sa santé » détenues par un établissement de santé.

Tout ceci s'inscrivant au sein des hôpitaux publics dans un droit encore plus large, relevant des libertés publiques et consacré initialement par la loi du 17 juillet 1978², dont l'objet a été de permettre à chaque citoyen de prendre connaissance des données et documents détenus sur lui par les organismes publics, quels que soient leur forme ou leur support.

Les dispositions de la loi de 1978 sont aujourd'hui intégrées au livre III du code des relations entre le public et l'administration (CRPA).³

Obligation de constituer un dossier médical

Le code de la santé publique⁴ prévoit qu'un dossier médical⁵ doit être constitué pour chaque patient hospitalisé⁶ dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé.

Ce dossier comprend, outre les documents à proprement parler médicaux ou relevant du dossier de soins infirmiers, ceux établis par les autres professionnels de santé.

La formulation par le code de la santé publique, de l'obligation de constituer « un » dossier médical est une invitation à regrouper en un dossier unique l'ensemble des informations relatives au patient détenues par l'établissement. L'ANAES/HAS (Haute autorité de santé) avait promu dès son premier manuel d'accréditation la constitution d'un « dossier unifié » : « *Une politique qui vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement* ».⁷

En pratique, la réunion de toutes les pièces du dossier, sur ses différents supports (papier, imagerie, données numérisées, etc.), est souvent un objectif difficile à atteindre, de nombreux hôpitaux conservant par la force des choses les informations dans des locaux et services distincts.

Pour autant, la demande par le patient de « son » dossier médical ouvre un droit à communication de l'ensemble des pièces détenues par l'établissement. Elle rendra nécessaire si telle est la demande du patient, le regroupement sur un support unifié, « papier » ou numérique de pièces et documents dispersés.⁸ Une discussion pourra être engagée avec le patient, le cas échéant, pour préciser avec lui les parties du dossier médical dont la communication lui est véritablement nécessaire.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a précisé que lorsque l'établissement détient à la fois un dossier d'hospitalisation et un dossier de consultations externes, « *il ne peut y avoir de distinction entre le dossier d'hospitalisation et de consultation, la connaissance des conclusions d'une consultation dans un service pouvant être nécessaire aux professionnels d'un autre service lors de l'hospitalisation du patient et vice-versa. Les informations issues de la consultation font partie intégrante du dossier du patient et ne sont pas dissociables du dossier d'hospitalisation.* »⁹

Fonctions du dossier médical

Les fonctions du dossier médical sont multiples ¹⁰ :

- la mise à disposition d'informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi ;
- la traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient ;
- la continuité des soins ;
- l'aide à la décision thérapeutique ;
- la constitution d'un lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices-risques et de la traçabilité de la décision ;
- l'évaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier ;
- l'enseignement et la recherche ;
- l'extraction des informations nécessaires à l'analyse médico-économique de l'activité, notamment à la médicalisation du système d'information (PMSI) et à ses contrôles de qualité ;
- un rôle éventuel dans le cadre d'une recherche de responsabilité.

Le dossier constitue « *un outil de formation et d'évaluation, et un support d'informations indispensables pour améliorer les connaissances en santé et les pratiques* ». ¹¹

Dossier médical et dossier administratif

Le dossier médical du patient doit être distingué de son dossier administratif.

Pour tout patient pris en charge dans un établissement de santé, l'administration hospitalière doit en effet constituer un « dossier administratif », distinct du dossier des professionnels de santé et qui ne doit contenir aucune donnée de nature médicale. ¹² De ce dossier administratif sont notamment extraites l'identification du patient et les données sociodémographiques qui vont être reportées dans le dossier médical. En pratique, ce dossier est aujourd'hui le plus souvent informatisé.

La communication du dossier administratif relève à l'hôpital public des dispositions du code de la santé publique et du code des relations entre le public et l'administration. Ces documents et informations détenus par l'hôpital, qui ne relèvent pas des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002, n'en demeurent pas moins des documents « administratifs ». Ils sont communicables à ce titre, et ce, au regard des dispositions des articles L. 311-1 et suivants du code des relations entre le public et l'administration. ¹³

Toute personne a en effet le droit d'accéder aux informations qui la concernent et qui sont détenues par l'administration hospitalière. ¹⁴

La loi du 17 juillet 1978 dont les dispositions ont été intégrées au livre III du CRPA, s'oppose en revanche à la communication des informations recueillies auprès des tiers.

De même, « *ne sont communicables qu'à l'intéressé les documents administratifs :*

- *dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires ;*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice (...)* ». ¹⁵

En cas de décès de l'intéressé, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) considère qu'il y a lieu de distinguer selon la nature des informations ¹⁶ :

- Les documents comportant des informations à caractère médical sont communicables aux ayants droit qui justifient de leur qualité et dont la demande est motivée par le souci de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir des droits, sauf dans le cas où la personne décédée s'est opposée, de son vivant, à une telle communication (v. chapitre 11)¹⁷.
- Les autres documents sont en principe communicables aux ayants droit justifiant d'un des trois motifs prévus par la loi (v. chapitre 11), voire aux autres proches justifiant d'un tel motif, qui ont dans cette mesure la qualité d' « intéressé » au sens des dispositions du II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978, sous réserve que la personne concernée ne s'y soit pas opposée de son vivant. Aucune disposition n'énumère ces motifs. Il peut s'agir notamment pour l'ayant droit de défendre des droits patrimoniaux, ou de mieux comprendre son passé, proche ou ancien. Par exemple, la CADA a considéré que l'enfant d'une personne décédée peut demander la communication des documents nécessaires à l'établissement de la dette fiscale de la succession et à sa liquidation¹⁸. De même, a la qualité d'intéressé et peut, par suite, demander communication du dernier titre de pension adressé à son ex-conjoint décédé la personne bénéficiaire d'une pension de réversion¹⁹.

Dans tous les cas, la communication des documents devra nécessairement être précédée de l'occultation des éventuelles mentions relatives à des tiers et couvertes par le secret de la vie privée de ces derniers, ainsi que celles portant une appréciation ou un jugement de valeur sur ces tiers ou encore celles qui révèlent leur comportement dans des conditions susceptibles de leur porter préjudice²⁰.

Quatre modes d'accès aux documents administratifs sont ainsi prévus²¹ :

1. La consultation gratuite sur place ;
2. La reproduction aux frais de la personne qui les sollicite ;
3. L'envoi par courrier électronique et sans frais ;
4. La publication en ligne des informations publiques.

C'est en principe au demandeur qu'il revient le choix du mode de communication, cela supposant qu'il ait pu identifier le document souhaité²² et qu'il ait indiqué dans quelles conditions il souhaitait que s'effectue la communication²³.

Si le demandeur n'a pas précisé les conditions dans lesquelles il souhaitait obtenir communication du document sollicité, ce choix revient à l'établissement.

Lorsque l'établissement dispose d'un document sous format numérique et que le demandeur en demande la communication par courriel ou par publication en ligne, elle doit s'assurer que la mise à disposition se fait « *dans un standard ouvert, aisément réutilisable et exploitable par un système de traitement automatisé* »²⁴.

Dans l'hypothèse où le document sollicité est effectivement disponible sous un format répondant aux exigences précitées, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) estime que le CRPA n'impose pas à l'établissement de transmettre le document sous un format différent que celui qu'elle utilise déjà, pour satisfaire une demande de communication²⁵.

Parmi les informations « administratives », l'établissement doit conserver indéfiniment le registre des entrées et sorties des patients, ainsi qu'un registre d'urgences²⁶ lorsque l'établissement dispose d'un service d'accueil des urgences²⁷. Toutefois, le volume du registre des urgences étant trop important, seul un échantillonnage est conservé.

En pratique ces registres comprenant parfois des données médicales, on leur appliquera selon le cas, les dispositions du code des relations entre le public et l'administration et celles de la loi du 4 mars

2002. De même, certains documents médicaux font partie du dossier administratif et non du dossier médical : il en est ainsi du bulletin d'hospitalisation (qui précise les dates et lieux d'hospitalisation) ou, en psychiatrie, du certificat médical à l'origine d'un arrêté de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE)²⁸.

S'il doit être distingué du dossier « administratif », le dossier « médical » lui-même, lorsqu'il est constitué au sein d'un établissement public de santé, a pour autant la nature d'un « document administratif ». Il s'agit en effet d'un document détenu par l'administration hospitalière.

Ceci fonde la compétence de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), appelé à donner des avis et des conseils sur sa communicabilité (v. p. 169-173).

Dossier de soins ou d'examens externes

Le code de la santé publique ne fait pas expressément mention du dossier de consultation externe, d'examen externe ou encore de passage en structure d'urgences, pour les cas où le patient n'a pas été hospitalisé au sein de l'établissement²⁹.

La nécessité de constituer un tel dossier, soit au sein du dossier médical défini par le code de la santé publique, soit de façon distincte, n'est pourtant pas contestée.

Tout médecin doit en effet, de manière générale, tenir à minima pour chaque patient, afin de conserver trace des éléments nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques, une « fiche d'observation », qui, le cas échéant, sera incluse dans le dossier médical hospitalier.³⁰

La question se pose, lorsque l'hôpital procède à des examens « externes » sur prescription médicale d'un médecin extérieur à l'établissement, ou lorsque le passage en structures d'urgences n'est pas suivi d'hospitalisation, des modalités de conservation et de communication des informations recueillies. Les documents médicaux résultant de ces examens et soins ne font en effet pas *stricto sensu* partie du « dossier médical »³¹.

Ces documents n'en demeurent pas moins des informations médicales détenues par l'établissement, assurant une traçabilité de ces examens et soins. Il est important, dans la perspective d'un éventuel litige ultérieur par exemple, que le contenu en soit conservé d'une façon ou d'une autre par l'établissement. Le fait qu'il ne s'agisse pas d'un « dossier médical » *stricto sensu* les fera certes échapper à la durée de 20 ans prévue pour la conservation des dossiers (v. p. 162-163). Par précaution, on recommandera une conservation minimale de 10 ans (délai de prescription en matière de responsabilité médicale)³².

Les informations médicales ainsi conservées et « détenues » par l'établissement sont en tout état de cause communicables selon les règles ordinaires applicables aux dossiers médicaux.

La HAS précise ainsi que quelle qu'en soit la forme et le mode de constitution et de conservation, le dossier de soins ou d'examens externes relève des obligations de communication prévues par la loi pour les informations médicales³³.

Contenu du dossier médical

Sont retracés dans le dossier médical, les éléments qui caractérisent le patient sur le plan médical ainsi que les différentes étapes de son parcours thérapeutique.

Ceci n'exclut pas que des informations produites à l'extérieur de l'établissement, qui auront été apportées par le patient par exemple, soient incluses dans le dossier : allergies, antécédents, documents issus de soins et d'investigations effectuées par d'autres praticiens ou établissements, ...

Le code de la santé publique prévoit une liste minimale des documents devant être contenus dans le dossier médical des patients « hospitalisés » (le dossier comprend « au moins » les documents ...) et les classent dans un ordre aléatoire en trois grandes catégories de pièces.³⁴

Ce classement en trois catégories doit permettre une constitution structurée et standardisée des dossiers.³⁵

- La première catégorie comprend « *les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier* ».

Sont concernés les documents suivants, lorsqu'ils existent ou sont justifiés par la prise en charge :

- la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation, ou en cas d'admission, la lettre de liaison³⁶ ;
 - les motifs d'hospitalisation ;
 - les recherches d'antécédents et de facteurs de risque ;
 - les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
 - le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
 - la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
 - les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para cliniques, notamment d'imagerie³⁷ ;
 - les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues par la loi³⁸ ;
 - le dossier d'anesthésie ;
 - le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
 - le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire³⁹ ;
 - la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant la copie de la fiche d'incident transfusionnel⁴⁰ ;
 - les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
 - le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
 - les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
 - les directives anticipées⁴¹ ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.
- La deuxième catégorie est constituée des informations formalisées établies à la fin du séjour et comprend notamment :
 - la lettre de liaison remise à la sortie (art R. 1112-1-2 CSP) ;
 - la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
 - les modalités de sortie (vers le domicile, vers une autre structure) ;
 - la fiche de liaison infirmière.
 - La troisième catégorie concerne les informations qui mentionnent qu'elles ont été recueillies auprès des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique.⁴²

Informations complémentaires pouvant constituer le dossier médical

La liste énoncée à l'article R. 1112-2 du code de la santé publique est une liste à minima. L'énumération n'est donc pas exhaustive. La liste des informations et documents contenus au dossier ne cesse en effet de s'élargir et d'autres textes sont venus prévoir l'obligation de conserver ces documents non expressément mentionnés par l'article R. 1112-2.

Ainsi doivent être conservés au dossier médical :

- l'identité de la personne et le cas échéant, celle de la personne à prévenir et de la personne de confiance⁴³ ;
- la mention écrite de l'opposition du mineur à ce que l'intervention ou le traitement pratiqué dans le secret soient communiqués aux titulaires de l'autorité parentale⁴⁴ ;
- la procédure d'information suivie par le médecin qui prescrit des médicaments n'ayant pas reçu d'autorisation de mise sur le marché et qui sont destinés à traiter des maladies graves ou rares lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié. Ces documents doivent retracer que l'information a été adaptée à la situation et indiquer l'absence d'alternative thérapeutique, les risques encourus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament⁴⁵ ;
- le double de l'attestation faite par un médecin dans le cadre de la prescription d'examen des caractéristiques génétiques pour un patient présentant un ou des symptômes d'une maladie génétique. Le document doit justifier que la personne a été informée des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter des possibilités de prévention et de traitement, et que son consentement a été recueilli⁴⁶ ;
- le consentement écrit et les doubles de la prescription d'examen des caractéristiques génétiques et les comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés⁴⁷ ;
- l'original du procès-verbal de constat de la mort d'un patient⁴⁸ ;
- différents documents accompagnant les procédures d'assistance médicale à la procréation, qui sont réunis dans un « dossier médical commun »⁴⁹ ;
- la liste des produits et médicaments prescrits⁵⁰ ;
- l'identification des dispositifs médicaux utilisés (dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire), leur date d'utilisation ainsi que le nom de médecin ou du chirurgien-dentiste utilisateur⁵¹ ;
- les dossiers préanesthésique et anesthésique⁵² ;
- l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie⁵³ ;
- les copies de certificats médicaux ;
- les procès-verbaux d'autopsie⁵⁴ ;
- les documents permettant la traçabilité des actions et de l'information du patient concernant de nombreuses « vigilances » :
 - o hémovigilance : information pré et post transfusionnelle du patient et du médecin traitant, dossier transfusionnel⁵⁵, effets indésirables⁵⁶ ;
 - o biovigilance : suivi et traçabilité de produits du corps humain⁵⁷ ;
 - o vigilance relative aux infections nosocomiales : désinfection des endoscopes⁵⁸, utilisation du matériel médico-chirurgical et affections transmissibles non conventionnelles⁵⁹, autres infections nosocomiales⁶⁰ ;
 - o pharmacovigilance : stupéfiants, médicaments dérivés du sang⁶¹, recommandations concernant les pharmacies à usage intérieur⁶² ;
- les documents relatifs à l'accompagnement de la fin de vie. Différentes mentions au dossier médical sont prévues par les lois dites « Léonetti » du 22 avril 2005⁶³ et « Claeys-Leonetti » du 2 février 2016⁶⁴ : lorsqu'est appliqué à une personne en phase avancée ou terminale d'une

affection grave et incurable un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie ; en cas de décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement sur décision du patient⁶⁵ ; en cas de mise en œuvre d'une procédure de sédation profonde et continue jusqu'au décès ; en cas de refus par le médecin d'appliquer les directives anticipées⁶⁶ ; en cas d'expression par le patient de sa volonté de refus ou d'interruption de tout traitement⁶⁷ ;

- les documents relatifs aux personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de leurs troubles mentaux.⁶⁸

Les bandes d'enregistrement des SAMU (« centres de réception et de régulation des appels » ou « CRRRA / centre 15 ») ne figurent pas expressément dans la liste des documents que doit contenir *a minima* le dossier médical d'un patient au sens de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

La HAS a toutefois estimé dans ses recommandations de bonnes pratiques de mars 2011 que des enregistrements sonores des conversations téléphoniques (...) pouvaient être communicables sous le régime des informations médicales⁶⁹.

La CADA considère que les enregistrements des communications téléphoniques d'un SAMU ou d'un SMUR comportant des informations relatives à la santé d'une personne, au sens de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, peuvent être communiqués à la personne qu'ils concernent⁷⁰.

Il n'existe aujourd'hui pas de texte spécifique prévoyant le délai de conservation des bandes d'enregistrement SAMU mais il est à noter cependant que Samu-Urgences de France recommande de conserver les enregistrements pendant au moins dix ans, compte tenu des délais de prescription et de traitement des dossiers par les instances contentieuses et judiciaires⁷¹.

On peut souligner à ce titre que les centres anti poison qui ont le même mode de fonctionnement doivent disposer « *de moyens d'enregistrement des appels et des réponses* », « *les documents enregistrés devant être conservés pendant trois mois* » et ce, au regard des dispositions de l'article D. 6141-46 du code de la santé publique.

De manière générale, seront conservées, au-delà de la liste énoncée par voie réglementaire, les informations qui, à un titre ou un autre, présentent un intérêt à être partagées par les membres de l'équipe de soins, ou permettent de retracer un moment donné de la prise en charge : par exemple, la copie du certificat de décès, si le patient est décédé au sein de l'établissement⁷², des croquis présentant au patient les différentes interventions possibles, la « *check-list sécurité du patient au bloc opératoire* » (la HAS indique sur son site que ce document peut être archivé « *dans le dossier du patient ou dans le bloc opératoire, selon les usages de l'établissement* »), la copie d'une notice explicative remise au patient, les références d'entretiens avec d'autres professionnels concourant au traitement du patient, etc..

La mention des volontés du patient

Le dossier doit mentionner les décisions prises par le patient, de telle sorte qu'elles y soient clairement identifiées, lorsqu'il a indiqué son opposition à la transmission d'informations à tel ou tel tiers ou qu'au contraire, il a expressément désigné des personnes pour recevoir les informations.

Ces indications doivent être actualisées et vérifiées de manière régulière, étant entendu que le patient peut à tout moment revenir sur ses décisions.

Il est recommandé que ces indications figurent sur une fiche spécifique du dossier⁷³. Il s'agira ainsi notamment :

- du mandat donné à un tiers aux fins de communication du dossier,

- du refus du patient à la transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé (le médecin traitant par exemple),
- du refus que des proches soient informés,
- de l'identification de la personne de confiance,
- du refus de communiquer certaines informations aux ayants droits en cas de décès,
- du refus exprimé par le mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale.

De plus, le patient dispose du droit d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic (sauf affection transmissible) ou d'un pronostic⁷⁴ : le professionnel de santé ne peut donc communiquer ces informations au patient lorsque celui-ci a exprimé le souhait de ne pas en avoir connaissance.

Les informations « formalisées »

Les informations médicales détenues par l'établissement peuvent avoir été recueillies et conservées sous différentes formes (v. p. 28).

L'article L. 1111-7 du code de la santé publique prévoit que « *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé (...), qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (...) à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers* ».

La notion d'information de santé « formalisée » a été ainsi précisée : il s'agit « *d'informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles* »⁷⁵.

Cette notion renvoie à la volonté des pouvoirs publics, exprimée lors des débats parlementaires préalables à la loi du 4 mars 2002, d'introduire une rigueur nouvelle dans la rédaction des informations médicales, de telle sorte qu'elles puissent être utilement communiquées.⁷⁶ Le dossier doit regrouper des données pertinentes⁷⁷.

La CADA a considéré qu'il était nécessaire que les notes du praticien qui reçoit un patient en consultation soient régulièrement formalisées pour en permettre la communication. La CADA était interrogée en l'espèce sur le dossier d'un patient suivi en psychiatrie et dont les entretiens faisaient l'objet d'une simple prise de notes⁷⁸.

Les documents résultant des échanges entre les professionnels de santé et traitant de l'état de santé du patient lui sont communicables de plein droit s'il en fait la demande.

S'agissant des échantillons biologiques (ils sont aujourd'hui conservés en grande quantité au sein des établissements de santé, notamment pour des finalités de diagnostic : lames et blocs d'anatomie pathologique, échantillons sanguins, etc.), il a été jugé que ce matériel biologique ne constitue pas des « informations formalisées » ouvrant droit à communication au titre du droit d'accès aux informations médicales prévu par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique⁷⁹.

Les notes personnelles

Depuis la publication de la loi du 4 mars 2002 ouvrant un droit d'accès direct du patient à son dossier médical, la question du statut des notes personnelles de médecins a donné lieu à des interprétations divergentes : selon le cas, elles ont conclu que ces « notes » devaient être communiquées dans la mesure où elles étaient incluses dans le dossier médical et avaient contribué à l'établissement du diagnostic, même si les praticiens n'avaient pas jugé utile de les formaliser⁸⁰, ou au contraire, qu'elles

devaient être considérées comme des documents strictement personnels que le détenteur avait la faculté de ne pas communiquer.

La première interprétation (obligation de communication) se fondait sur le texte de la loi qui prévoyait initialement la communication des informations « *contribuant à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention* », puis à partir de la loi du 31 janvier 2007, celles détenues « à quelque titre que ce soit » par l'établissement ou le professionnel (art L. 1111-7, CSP).

Dans ses recommandations de bonne pratique, l'ANAES/HAS définissait les notes personnelles comme les « *notes prises par le professionnel pour son usage, non transmises à des tiers, professionnels ou non, détruites lorsque le professionnel cesse d'intervenir dans la prise en charge et si elles n'ont pas contribué à cette prise en charge* »⁸¹; elle estimait que ces notes n'étaient donc pas accessibles au patient, hors procédure judiciaire⁸².

Par un arrêté en date du 5 mars 2004, l'ANAES/HAS avait considéré que les notes personnelles étaient celles qui « *ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou, le cas échéant, échangées parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention* »⁸³.

La juridiction administrative a retenu une interprétation privilégiant la finalité des documents plutôt que leur forme pour distinguer :

- les notes manuscrites des médecins qui font partie du dossier médical, parce qu'elles ont été conservées pour contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement,
- les notes personnelles qui n'ont pas cette finalité et ne sont donc pas communicables⁸⁴.

Abordant ce sujet à son tour, la CADA a estimé que de tels documents administratifs, qui sont inclus dans le dossier hospitalier sous cette forme, sont des documents communicables de plein droit au patient qu'ils concernent ou à ses ayants droits, en application de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, dans la mesure où ils ont contribué à l'établissement du diagnostic, même si les praticiens n'ont pas jugé utile de les formaliser davantage »⁸⁵ et que seuls se trouvent exclus du droit d'accès les documents dits inachevés, en particulier les documents relevant la forme de simples brouillons et repris ensuite dans le document définitif⁸⁶. La circonstance qu'un document ne soit pas dactylographié n'en faisant pas pour autant nécessairement un document inachevé et soustrait comme tel au droit d'accès⁸⁷.

Un décret du 7 mai 2012 venu modifier le code de déontologie médicale a clarifié la question⁸⁸. dérogeant aux dispositions générales, un statut spécifique est attribué aux notes personnelles. Sans toutefois les caractériser au plan matériel, le code de la santé publique, prévoit désormais que « *les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles, ni accessibles au patient et aux tiers* ».

Le principe à retenir est donc aujourd'hui celui de la non-communicabilité des notes personnelles.

La CADA considère cependant que les notes du médecin « *détenues et conservées par un établissement de santé* » perdent leur caractère personnel et qu'elles sont dès lors soumises au droit d'accès⁸⁹.

Modification ou suppression du contenu du dossier à la demande du patient, limitation au partage des données et droit d'accès aux traces

Une distinction doit être opérée entre :

- Le dossier médical informatisé du patient tenu au sein de l'AP-HP par les professionnels de santé. Il s'agit d'un système propre à l'AP-HP permettant de gérer de façon informatisée les dossiers médicaux des patients de l'hôpital et la continuité de leur prise en charge.

- La plateforme MON AP-HP qui est accessible pour chaque patient pris en charge à l'AP-HP et sur laquelle ils peuvent consulter et télécharger certains documents médicaux issus directement du dossier médical patient informatisé (<https://mon.aphp.fr>).
- La plateforme Mon Espace Santé qui est une plateforme nationale gérée par l'Assurance Maladie et le Ministère de la santé, qui permet aux patients de stocker et d'accéder à leurs informations de santé ou encore d'échanger en toute confidentialité avec les professionnels de santé via une messagerie sécurisée (<https://monespacesante.fr>).

1) Pour le dossier médical patient informatisé de l'AP-HP :

Dans le cadre de la réglementation applicable en matière de droit des données personnelles (RGPD et Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978), une personne dont les données sont collectées dispose de plusieurs droits, notamment :

- Le droit à l'information sur les conditions du traitement de ses données : finalité, destinataires, durée de conservation des données, etc. ;
- Le droit d'accès : accès aux données traitées et aux traces d'accès aux dossiers médicaux ;
- Le droit d'opposition et de limitation au partage des données : application de mesures de confidentialité renforcée (type verrouillage de tout ou partie du dossier pour en limiter la visibilité ou mise en place d'une identité fictive) ;
- Le droit de rectification ou de suppression : applicable avec des exceptions, sous réserve des dispositions de code de santé publique notamment en matière de conservation du dossier médical.

Ces droits sont portés à la connaissance du patient sur <https://www.aphp.fr/RGPD>.

Les réponses à ce type de demandes d'exercice de droits sont traitées par l'équipe de la Déléguée à la protection des données (DPO) que les patients ou agents peuvent directement contacter (boîte générique : dpo@aphp.fr).

Par exemple, un patient peut souhaiter que soient ôtées ou modifiées des informations figurant dans son dossier médical informatisé.

L'exercice de cette faculté est toutefois strictement limité puisque le patient ne dispose d'aucun droit de propriété sur son dossier, droit qui pourrait entraîner celui de le détruire. À défaut d'un droit de propriété sur son dossier médical informatisé, le patient ne dispose que d'un droit à rectification des erreurs matérielles de son dossier.

Ce droit à la rectification se fonde sur l'article 16 du Règlement européen de protection des données (RGPD) qui dispose que la personne concernée « *a le droit d'obtenir rectification des données à caractère personnel la concernant qui sont inexactes* ».

Un patient est ainsi en droit de demander le retrait ou la modification d'une information incomplète ou erronée. Il ne dispose pas, en revanche, du droit de demander le retrait d'une donnée médicale dont il souhaiterait l'oubli, telle que par exemple une hospitalisation pour troubles mentaux, pour intoxication, pour une interruption volontaire de grossesse (IVG), ...⁹⁰

Le patient n'est pas en droit de construire selon ses souhaits, le contenu d'un dossier ou d'un recueil d'informations dont la finalité est de retracer avec objectivité un état de santé et la nature des soins qui ont été dispensés et dont les professionnels et établissements de santé doivent pouvoir être en mesure de justifier de façon incontestable.

Si le patient conteste l'exactitude des faits écrits sur des comptes rendus ou de la documentation médicale, il doit se rapprocher du médecin qui l'a pris en charge et à défaut, de l'équipe DPO.

Si le médecin considère qu'une information est inexacte, il peut rédiger un addendum en marge du document, en inscrivant les erreurs constatées sur le document.

Si le médecin considère qu'aucune information n'est inexacte, il peut également rédiger un addendum en marge du document en inscrivant que le patient conteste les éléments mentionnés dans le document. L'addendum devra être signé par le médecin qui le rédige. En tout état de cause, les informations existantes ne pourront pas être effacées et/ou remplacées.

La procédure d'exercice de droits RGPD détaillant précisément ces éléments et les réponses à apporter est tenue par l'équipe DPO et est disponible en ligne sur l'intranet DPO (<https://aphp-pro.aphp.fr/GS/SitePages/protectionDesDonneesPersonnelles.aspx>). Il en est de même concernant la procédure d'audit de trace d'accès au dossier patient informatisé qui fait l'objet d'une gouvernance dédiée.

2) Pour la plateforme MON AP-HP :

La suppression des documents médicaux sur cette plateforme n'est pas possible : seule la consultation ou le téléchargement des documents médicaux est envisageable sur cet espace. Il est en revanche possible pour le patient de supprimer à tout moment son compte MON APHP.

La suppression de son compte MON AP-HP n'entraînera pas la suppression automatique des documents médicaux associés. MON AP-HP n'est qu'une plateforme, directement alimentée par les documents issus du dossier médical patient informatisé tenu au sein de l'AP-HP par les professionnels de santé qui ont pris en charge le patient. Le code de la santé publique impose en effet à l'AP-HP de constituer un dossier médical pour chaque patient et de conserver les informations médicales y étant enregistrées pendant une durée de 20 ans (<https://www.aphp.fr/RGPD>).

3) Pour la plateforme Mon Espace Santé :

Tout patient a la possibilité de supprimer les documents qu'il a lui-même ajoutés à Mon Espace Santé, ou encore de masquer la visibilité de tous ou partie des documents présents dans son Espace Santé.

En revanche, un patient ne peut pas supprimer lui-même un document qui a été ajouté par un professionnel de santé sur Mon Espace Santé : seul le professionnel de santé qui a rédigé le document peut le faire. Les réponses à ce type de demandes d'exercice de droits sont traitées par l'équipe de la Déléguée à la protection des données (DPO) que les patients ou agents peuvent directement contacter (boîte générique : dpo@aphp.fr).

Le dossier de soins infirmiers ou de soins paramédical, composante du dossier médical

Le code de la santé publique prévoit que le dossier « médical » comprend « le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, « *les informations relatives aux soins infirmiers* »⁹¹. Il doit en principe en résulter une conservation « unifiée ».

Le code de la santé publique mentionne par ailleurs que le dossier de soins infirmiers contribue au recueil de données cliniques et épidémiologiques, ainsi qu'à celui des informations utiles aux autres professionnels (dont les médecins), pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions⁹².

Il a été souligné en 1989 que « *l'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers nécessitent l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers* » et que ce dossier doit s'appuyer sur les plans de soins, retracer les différentes étapes de la démarche de soins infirmiers et résumer l'ensemble des

informations que recueille l'infirmière. Le dossier infirmier, qui fait donc partie du dossier médical, doit parmi d'autres indications, comporter : les informations concernant le patient recueillies par observations, entretiens et lecture de documents ; les objectifs de soins formulés pour le patient et négociés, si possible, avec lui ; les actes et actions mis en œuvre⁹³.

Le dossier de soins infirmiers se définit comme « *un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique d'infirmière.* »⁹⁴.

La seconde édition du *Guide du service de soins infirmiers*⁹⁵ comprend une norme n°3 portant sur le dossier de soins infirmiers. Il précise notamment que « *Dès l'arrivée de la personne soignée, l'infirmière ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour* » et que « *Dès sa prise de fonction et avant chaque intervention, l'infirmière prend connaissance des éléments contenus dans le dossier du patient (...). L'infirmière, après chaque intervention note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée (...), note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale (...), tout au long du séjour de la personne soignée, renseigne le dossier de soins infirmiers, (...) veille à l'exactitude et au respect de la confidentialité des informations notées par elle-même, par les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico-psychologiques et les stagiaires du service infirmier (...), exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes informations et observations écrites soient datées et signées (...). L'infirmière, lors de la sortie de la personne soignée, établit par écrit une synthèse de la prise en charge infirmière du patient et renseigne la fiche de liaison infirmière* ».

L'ANAES/HAS avait précisé que « *le dossier de soins doit contenir toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les diagnostics infirmiers, les observations pendant le séjour, les feuilles de transmissions infirmières, les interventions de soins, les fiches de liaison interservices, la fiche de synthèse élaborée à la sortie du patient et la fiche de liaison pour les modalités de suivi* »⁹⁶, toutes les informations de ce « dossier de soins » devant être authentifiées (signées, datées) et le responsable des écrits et des actes devant être clairement identifié (nom, fonction).

Les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture doivent consigner dans le dossier de soins infirmiers leur observations et leurs actions⁹⁷.

Ainsi que l'avait indiqué l'ANAES/HAS, bien qu'« *il n'existe pas de législation imposant précisément la tenue du dossier à d'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, etc.), les informations ayant trait aux soins qu'ils ont dispensés doivent être retrouvées dans le dossier du patient* »⁹⁸.

L'ANAES/HAS avait précisé par ailleurs que « *de façon complémentaire au dossier médical, les professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, etc.) et les autres professionnels de santé constituent un dossier, appelé « dossier de soins paramédical », contenant la trace de leurs observations et actions de soins, assurant la continuité des soins et permettant l'évolution de leur qualité. Les divers éléments du dossier de soins paramédical font partie du dossier du patient* »⁹⁹.

Les informations recueillies par le travailleur social ou le psychologue

Les assistantes sociales hospitalières et les autres travailleurs sociaux de l'hôpital sont amenés à constituer un dossier « social » pour les patients dont ils assurent le suivi. De même, les psychologues

hospitaliers, qui n'entrent pas dans la typologie des professionnels de santé, réunissent en un dossier (ou en ce qui en tient lieu) les informations issues de leur prise en charge.

Ces dossiers et les autres informations relatives à la prise en charge par ces professionnels ont un statut que la législation et la réglementation n'ont pas plus précisé que la jurisprudence.

L'ANAES/HAS a considéré que ces dossiers, observations, rapports et informations « *peuvent faire partie intégrante du dossier du patient s'ils ont été réalisés par un professionnel au sein d'une équipe dirigée par un médecin et qu'ils ont été joints au dossier du patient dont ils sont indivisibles. Ainsi, les informations recueillies par un psychologue ou un travailleur social doivent pouvoir être accessibles aux autres professionnels si elles sont utiles à la prise en charge du patient* »¹⁰⁰.

La CADA considère que des rapports d'enquête sociale ou des bilans psychologiques ne sont pas médicaux sauf s'ils sont joints à un dossier médical¹⁰¹.

Ainsi, le dossier social, lorsqu'il est joint au dossier médical, est communicable aux ayants droits qui en font la demande, ceci cependant pour les seuls documents leur permettant de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits¹⁰².

S'agissant du dossier social, la CADA a ainsi considéré qu'une copie de la transcription d'un entretien d'un travailleur social hospitalier avec une personne, est communicable à celle-ci si elle en fait la demande¹⁰³.

Lorsque ces documents et informations n'ont pas le caractère de documents médicaux et ne relèvent pas des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002, ils doivent en revanche être regardés à l'hôpital public comme des documents administratifs, dont le régime de communication est soumis aux dispositions du code des relations entre le public et l'administration. Il est conseillé de les conserver à part dans l'ordre de leur création.

Propriété du dossier médical

Qui est le propriétaire du dossier médical ? Cette question, non traitée par les textes, est en réalité peu pertinente. Le dossier médical est un document qui répond à plusieurs finalités et qui a vocation à être partagé. L'identification d'un propriétaire induirait des obstacles peu souhaitables à la communication et le risque de perte ou de destruction prématurée du dossier.

Le droit du patient est un droit d'accès et de communication et non un droit de propriété.

En tout état de cause, le dossier médical, « produit » par une administration publique et ses agents, relève des archives publiques (art. L. 211-1, L. 211-4 et L. 212-4-II, code du patrimoine). L'établissement de santé est tenu à la fois d'établir et de conserver le dossier médical qu'il a constitué¹⁰⁴ et de le communiquer sur la demande de l'intéressé : il est le dépositaire du dossier¹⁰⁵.

Enfin, sauf dans le cas d'une saisie par les autorités de justice, il est tenu de conserver les documents originaux du dossier¹⁰⁶.

Conservation, tenue du dossier et communication

L'établissement de santé, s'il n'est donc pas *stricto sensu* propriétaire du dossier médical, est tenu en revanche d'en assurer le dépôt dans de bonnes conditions de conservation et de confidentialité. L'article L. 1112-1 du code de la santé publique prévoit ainsi que « *les établissements de santé sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent* ».

Le dossier médical et d'une manière générale tous les documents médicaux doivent être conservés de façon confidentielle¹⁰⁷. La responsabilité de l'établissement, voire au plan déontologique celle du médecin concerné, pourra être engagée en cas de négligence¹⁰⁸.

Ils doivent « *sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé* », être conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis¹⁰⁹ et du directeur d'établissement.

À l'obligation qui s'impose à l'établissement d'une conservation matérielle et confidentielle des documents répond celle des médecins et autres professionnels qui l'ont constitué de s'assurer en toutes circonstances que les informations sont réunies, classées et conservées dans des conditions appropriées.

La bonne tenue du dossier est une obligation majeure, qui a justifié la rédaction de recommandations spécifiques¹¹⁰. Le manquement à cette obligation est sanctionné¹¹¹.

Ainsi, le fait de ne pas avoir consigné dans le dossier médical d'un patient une allergie antérieure aux produits iodés, constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement de santé¹¹².

De même, le manquement au respect de l'obligation réglementaire de faire figurer dans les dossiers médicaux les comptes rendus opératoires qui auraient dû être joints au dossier médical des patients, constitue une faute déontologique et engage la responsabilité du médecin¹¹³.

Notes du chapitre 1

¹ Art. L. 1111-2, CSP

² Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal

³ Les dispositions de la loi du 17 juillet 1978 ont été intégrées au livre III du code des relations entre le public et l'administration par l'Ordonnance n° 2015-1341 du 23 octobre 2015 relative aux dispositions législatives du code des relations entre le public et l'administration.

⁴ Art. R. 1112-2, CSP

⁵ Le terme retenu par le code de la santé publique est celui de « dossier médical » et non celui de « dossier du patient » tel qu'utilisé par la Haute autorité de santé dans son Manuel de certification.

⁶ Ces données ont le caractère d'« informations à caractère personnel » : cette notion, qui fait référence à la législation issue de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, est l'intitulé de la sous-section 3 du code de la santé publique consacrée à l'« Accès aux informations de santé à caractère personnel » (comprenant les articles R. 1111-1 et s.).

⁷ « La notion de dossier unifié a pour objet de permettre à tout professionnel de santé intervenant dans le processus de soins, d'accéder à tout moment, y compris en urgence, à l'ensemble des informations pertinentes concernant le patient qu'il prend en charge. Il s'agit d'un dossier regroupé et partagé » (ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 10).

⁸ La HAS souligne ainsi que « le terme de dossier est utilisé par facilité d'écriture pour désigner l'ensemble des informations de santé concernant une personne donnée, même si dans la pratique actuelle le dossier ne les comprend pas toujours toutes. Le mot dossier ne doit pas être envisagé ici de manière restrictive, car toutes les informations formalisées détenues par un professionnel, un établissement de santé ou un hébergeur en dehors du dossier sont communicables » (HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 4).

⁹ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 14

¹⁰ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 5

¹¹ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES/HAS relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne

¹² ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 8

¹³ La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) a précisé ainsi que « les documents administratifs contenant des informations à caractère médical sont communicables à l'intéressé concerné » (CADA, avis n° 20124488 du 10 janvier 2013) ; CADA, avis n°20205519 du 11 février 2021

¹⁴ Art. L. 1111-7, CSP. Il en est de même pour les établissements privés chargés d'une mission de service public.

¹⁵ Art. L. 311-6, code des relations entre le public et l'administration

¹⁶ CADA, conseil n°20113971 du 20 oct. 2011 ; CADA, avis n°20091443 du 30 avr. 2009 ; CADA, conseil n°20081812 du 6 mai 2008, Conseil, conseil n°20193335 du 26 septembre 2019

¹⁷ Art. L. 1110-4 et L. 1111-7, CSP

¹⁸ CADA, Directeur général des impôts, avis n° 20053647, 22 septembre 2005

¹⁹ CADA, Trésorier-payeur général de la région Champagne-Ardenne et de la Marne, avis n° 20032415, 28 août 2003

²⁰ CADA, conseil n° 20113971, 20 octobre 2011 ; CADA, avis n°20203359, 08 octobre 2020

²¹ Art. L. 311-9, code des relations entre le public et l'administration

²² CADA, Conseil départemental des Côtes-d'Armor, conseil n°20174466 du 30 novembre 2017

²³ CADA, Université de Lorraine, avis n°20190238 du 6 juin 2019

²⁴ Art. L. 300-4, code des relations entre le public et l'administration

²⁵ CADA, Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, avis n°20180003 du 17 mai 2018

²⁶ Ces registres doivent être versés, 10 ans après leur clôture, au service des archives qui se chargera alors de leur conservation définitive.

²⁷ Art. R. 6123-23, CSP

²⁸ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 5.

²⁹ Art. R. 1112-2, CSP

³⁰ Art. R. 4127-45, CSP

³¹ Art. R. 1112-2, CSP. Un dossier médical est constitué pour chaque patient « hospitalisé ».

³² Art. L. 1142-28, CSP

³³ « Si un dossier médical a été constitué pour un patient reçu en consultation externe (...), la communication de ce dossier intervient (...) dans les mêmes conditions que celles prévues pour un patient hospitalisé » (HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 39).

³⁴ Art. R. 1112-2, CSP

³⁵ Cette structuration favorisera une lecture efficace et professionnelle, en permettant de distinguer immédiatement les éléments relevant respectivement du séjour, de la sortie et de la continuité des soins après l'hospitalisation, ceux qui concernent particulièrement telle ou telle partie de l'équipe soignante, ou encore ce qui concerne des tiers et que le patient n'a pas lieu de connaître.

³⁶ Art. R. 1112-1-1, CSP

³⁷ Le texte ne distinguant pas les comptes rendus d'imagerie médicale et les clichés, il doit être considéré que l'ensemble de ces documents fait partie du dossier médical.

³⁸ L'article L. 1111-4 du code de la santé publique auquel il est fait référence prévoit en particulier que le patient ou son représentant prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé : on doit donc retrouver au dossier, le cas échéant, les traces de la « réflexion bénéfico-risques », à laquelle aura été associé le patient ou son représentant.

³⁹ Recherche biomédicale, assistance médicale à la procréation, prélèvements, examen des caractéristiques génétiques...

⁴⁰ Cette fiche, mentionnée à l'article R. 1221-40 du code de la santé publique, doit être rédigée par le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de santé en concertation avec le correspondant de l'établissement de transfusion sanguine distributeur en cas d'effet inattendu ou indésirable dû ou susceptible d'être dû à un produit sanguin labile.

⁴¹ Telles que prévues par loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie et mentionnées aux articles L. 1111-11, R. 1111-17 et R. 1111-19, du code de la santé publique.

⁴² Le principe de non communication aux tiers se fonde, outre les dispositions du code de la santé publique, sur celles de la loi du code des relations entre le public et l'administration (Art. L. 311-6) qui prévoit que « Ne sont communicables qu'à l'intéressé les documents administratifs : - dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires ;

- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ».

⁴³ Art. R. 1112-3, CSP

⁴⁴ Art. R. 1111-5, CSP

⁴⁵ Art. L. 5121-12-1, CSP

⁴⁶ Art. R. 1131-5, CSP

⁴⁷ Art. R. 1131-20, CSP

⁴⁸ Procès-verbal de constat de la mort obligatoire en cas de prélèvements post mortem (arrêt cardiaque et respiratoire persistant ou personne assistée par ventilation mécanique et conservant des fonctions hémodynamique), art. R. 1232-3 et R. 1232-4, CSP

- ⁴⁹ Art. 2142-8 et R. 2142-9, CSP : indications sur les choix techniques effectués, les dates des ponctions, les transferts de gamètes et d'embryons, le devenir des embryons, l'état de santé des nouveau-nés et des enfants, etc.
- ⁵⁰ CADA, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, avis n°20170430, 27 avril 2017
- ⁵¹ Art. R. 5212-40 et R. 5212-41, CSP
- ⁵² Ces documents sont prévus par les articles D. 6124-92 et D. 6124-102 du code de la santé publique.
- ⁵³ Art. D. 6124-131, CSP
- ⁵⁴ Arrêté interministériel du 11 mars 1968 ; CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil n° 20123718 du 22 novembre 2012
- ⁵⁵ Art R. 1221-49-1, R. 1221-49-2 et R. 1221-49-4, CSP
- ⁵⁶ Décret n° 99-145 du 4 mars 1999 relatif aux transferts de compétences en matière de dispositifs médicaux et modifiant le livre V bis du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- ⁵⁷ Art R. 1211-29 et s., CSP
- ⁵⁸ Instruction n° DGOS/PF2/GGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins
- ⁵⁹ Instruction n° DGS/R13/2011/449 n°2011-449 du 1^{er} décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs.
- ⁶⁰ Circulaire DGS/DHOS n° 645 du 29 décembre 2000
- ⁶¹ Art. R. 5121-188, CSP
- ⁶² Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 (source ANAES/HAS, Dossier du patient : amélioration..., préc., p. 14)
- ⁶³ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- ⁶⁴ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- ⁶⁵ Art. L. 1111-4 et L. 1111-12, CSP
- ⁶⁶ Art. L. 1111-11, CSP
- ⁶⁷ Art. L. 1111-4, CSP
- ⁶⁸ Guide HAS, Recommander les bonnes pratiques : Programme de soins psychiatriques sans consentement, mars 2021
- ⁶⁹ Recommandations de bonne pratique HAS « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, Mars 2011
- ⁷⁰ CADA, Centre hospitalier intercommunal Mont-de-Marsan et Pays des sources, avis n°20164178, 17 novembre 2016 ; Centre hospitalier universitaire de Reims, avis n°20205293, 11 février 2021 ; CAA Marseille, 25 juin 2009, n°07MA02024
- ⁷¹ Recommandations professionnelles de Samu-Urgences de France, février 2021
- ⁷² ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 18.
- ⁷³ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 15
- ⁷⁴ Art. L. 1112-2, CSP
- ⁷⁵ 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
- ⁷⁶ « Ne doivent pas être considérés comme formalisées et donc communicables les notes préliminaires, les observations des étudiants en médecine ou les hésitations du médecin qui hésite entre plusieurs hypothèses (...) Quant au contenu du dossier auquel le patient aura accès (...) il s'agit des seuls éléments formalisés (...). Ce que nous cherchons, c'est à instaurer une nouvelle culture de l'écriture médicale ». (B. Kouchner, AN, 3 octobre 2001 : JOAN 2001, p.5443)
- ⁷⁷ HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 5.
- ⁷⁸ CADA, Centre hospitalier spécialisé Fains-Veel, avis n°20183655 du 10 janvier 2019 ; CADA, Centre hospitalier de Niort, conseil n°20203064 du 19 novembre 2020

- ⁷⁹ CAA Paris, AP-HP c/Continella, 30 janvier 2008, n° 06PA02800
- ⁸⁰ CADA, Directeur du CHU de Montpellier, avis n° 20041645 du 15 avril 2004 ; CADA, avis n° 20151588 du 7 mai 2015
- ⁸¹ « Dans la mesure où certaines des notes des professionnels de santé ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées, parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention, (elles) peuvent être considérées comme personnelles et ne pas être communiquées : elles sont alors intransmissibles et inaccessibles à la personne concernée comme aux tiers, professionnels ou non », HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 5
- ⁸² ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 15
- ⁸³ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES/HAS relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.
- ⁸⁴ CAA Paris, 30 septembre 2004, n° 03PA01769
- ⁸⁵ CADA, Directeur de l'Hôpital Simone Veil, conseil n° 20061864 du 27 avril 2006, CADA, avis n° 20130447
- ⁸⁶ CADA, Mairie de Paris, avis n° 20181454 du 12 juillet 2018
- ⁸⁷ CADA, Maire de Sainte-Foy-lès-Lyon, avis n° 20011496 du 3 mai 2001
- ⁸⁸ Décret du 7 mai 2012 ; art. R. 4127-45, CSP
- ⁸⁹ CADA, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, avis n° 20150229 du 19 mars 2015 ; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, avis n° 20151588 du 7 mai 2015 ; Centre hospitalier spécialisé Fains-Veel, avis n° 20183655 du 10 janvier 2019
- ⁹⁰ Cour administrative d'appel de Paris, 11 avril 2023, n° 22PA01320, Inédit au recueil Lebon. Cour d'appel de Paris, 25 mai 2023, n° 20/01744 : « la réalité d'une hospitalisation, de ses conditions et des traitements médicamenteux éventuellement suivis, fussent-ils irréguliers, ne constitue pas une information inexacte, incomplète, équivoque ou périmée et n'ouvre pas droit à modification ou suppression. ».
- ⁹¹ Art. R. 1112-2, CSP
- ⁹² Art. R. 4311-1 et R. 4311-2, CSP
- ⁹³ Circulaire DGS/DH n° 387 du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements hospitaliers
- ⁹⁴ Min. Emploi Solidarité, Guide du service infirmier : le dossier de soins : BO n° 85-7 bis
- ⁹⁵ Min. Santé, DHOS, septembre 2001 : « Soins infirmiers : normes de qualité »
- ⁹⁶ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 20
- ⁹⁷ Arrêté du 22 juillet 1994 et circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996
- ⁹⁸ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 21
- ⁹⁹ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 6
- ¹⁰⁰ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 11
- ¹⁰¹ CADA, Directeur du Centre hospitalier Roger-Prévoit, conseil n° 20062025 du 11 mai 2006
- ¹⁰² CADA, Centre hospitalier de Narbonne, conseil n° 20161932 du 22 septembre 2016
- ¹⁰³ CADA, Président du Conseil général de la Haute-Savoie, avis n° 20090455 du 2 avril 2009 : « La commission estime que, dans la mesure où Monsieur R. dispose de l'autorité parentale et où ses enfants sont encore mineurs, les documents concernant ces derniers lui sont en principe communicables de plein droit, sous réserve du retrait des documents et de l'occultation préalable des mentions dont la communication serait susceptible de porter atteinte à la protection de la vie privée de tiers (par exemple des documents ou mentions concernant la mère des enfants), de révéler une appréciation ou un jugement de valeur porté sur une personne physique nommément désignée ou facilement identifiable (par exemple l'avis d'un travailleur social sur la façon dont la mère élève ses enfants), de faire apparaître le comportement d'une personne (signalement, témoignage, dénonciation) dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait porter préjudice à cette personne, ou encore de porter atteinte à la sécurité des personnes. La commission précise que le secret professionnel auquel sont tenus les travailleurs sociaux ne fait pas obstacle par lui-même à ce que les documents demandés soient communiqués à Monsieur R., sous les réserves précédemment évoquées ».

¹⁰⁴ « La conservation des documents d'archives publiques procédant de l'activité des personnes (ici : des établissements publics de santé) (...) est assurée par ces personnes sous le contrôle scientifique et technique de l'administration des archives » (Art. L. 212-4-II, code du patrimoine).

¹⁰⁵ En cela, le dossier médical se distingue du carnet de santé de l'enfant, strictement nominatif et remis aux parents, nul ne pouvant en exiger la communication (art. L. 2132-1, CSP).

¹⁰⁶ Ainsi, l'établissement ne peut se dessaisir au profit d'un médecin ayant cessé d'exercer ses fonctions, des données médicales que le praticien avait constitué dans le cadre de son exercice (Conseil d'Etat, 11 février 1972, Cornette, Rec. p. 138).

¹⁰⁷ Art. 73, code de déontologie médicale ; art. R. 4127-73, CSP ; le Conseil national de l'Ordre des médecins a souligné que « le personnel qui a la garde des dossiers est astreint au secret professionnel et ne peut rien communiquer sans l'accord du médecin responsable du service concerné » (CNOM, Commentaires du code de déontologie médicale, sous l'article 73).

¹⁰⁸ CAA Nantes, 15 octobre 2009, M. X., CHU de Caen, n° 09NT00165, Dans cette affaire, des documents médicaux étaient demeurés sans surveillance dans le couloir du service, alors que le patient avait exprimé formellement, dès son admission, son opposition à ce que ses parents soient informés de sa séropositivité au VIH. Au cours d'une visite, la mère du patient prend connaissance de la feuille de soins mentionnant la séropositivité de son fils. Jugeant fautive la possibilité ainsi laissée par l'établissement hospitalier, aux personnes étrangères au service, d'accéder aisément à des documents médicaux couverts par le secret médical, la Cour établit un défaut d'organisation du service engageant la responsabilité de l'établissement au titre du préjudice moral.

¹⁰⁹ Art 96, code de déontologie médicale ; art. R. 4127-73, CSP

¹¹⁰ Fiche pratique, Ordre des médecins : Tenue, conservation et accès au dossier médical, 2017

¹¹¹ Un praticien d'une clinique a été ainsi condamné par la section disciplinaire de l'Ordre des médecins le 22 septembre 1997 parce qu'il « ne tenait pas pour ses malades de dossier médical sur lequel les observations auraient été portées au jour le jour ; un tel dossier était indispensable pour assurer le suivi correct des malades, alors même qu'il n'aurait pas été légalement obligatoire à l'époque. Il peut donc être reproché au Dr. X. à ce titre une insuffisance de surveillance technique, constitutive d'une violation de l'article 34 du code de déontologie médicale... Une telle faute est contraire à l'honneur et est exclue de l'amnistie... », ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 51.

¹¹² TA Marseille, 2 mai 2000, M^{me} Strumeyer - CPAM des Bouches-du-Rhône c/ Assistance publique à Marseille, req. n° 97-1095

¹¹³ Conseil d'Etat, 28 avril 2003, n°238181. Au cas où la destruction serait délibérée, notamment pour faire disparaître des documents, son auteur serait par ailleurs susceptible de poursuites pénales : l'article 434-4 du code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende « le fait, en vue de faire obstacle à la manifestation de la vérité : [...] 2° De détruire, soustraire, receler ou altérer un document public ou privé ou un objet de nature à faciliter la découverte d'un crime ou d'un délit, la recherche des preuves ou la condamnation des coupables », cette peine étant aggravée lorsqu'il est commis par une personne qui, par ses fonctions, est appelée à concourir à la manifestation de la vérité.

Chapitre 2 – Le droit du patient à la communication des informations >>

L'établissement de santé est donc tenu de constituer un dossier médical et de veiller à la bonne conservation des données médicales concernant chaque patient. On distinguera les pièces et documents dont la communication au patient est obligatoire et celles que l'établissement ne peut pas communiquer.

Le droit à la communication du dossier médical a longtemps constitué une revendication prioritaire des patients et de leurs associations. Il est aujourd'hui pleinement reconnu par la loi. Il constitue un outil important de la qualité des soins.

Un droit essentiel des patients

La loi du 4 mars 2002 a élargi le droit des patients à obtenir communication des informations médicales recueillies sur eux par l'hôpital. Les dispositions issues de cette loi¹ visent non seulement le dossier proprement dit, mais toutes les « informations » concernant l'état de santé du patient.

Les établissements de santé sont ainsi « *tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article L. 1111-7* » et « *le directeur de l'établissement (doit veiller) à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication de (ces) informations* »². Il revient donc au directeur de s'assurer que les bonnes procédures sont mises en place dans l'établissement pour l'exercice de ce droit des usagers : recueil et traitement des demandes, réalisation et envoi des copies de documents, etc.

La loi prévoit que les modalités d'accès aux informations concernant l'état de santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé³ : l'homologation des recommandations (initialement par l'ANAES/HAS⁴) a donné lieu à un arrêté du 5 mars 2004⁵, qui a été modifié ultérieurement par un arrêté du 3 janvier 2007⁶. On s'y référera en cas de besoin. De nombreuses indications du présent guide en sont issues.

Il résulte de cette homologation que ces recommandations sont dotées d'un caractère réglementaire.

L'accès des patients à leur dossier est un droit, qui doit faire l'objet d'une attention toute particulière. La Haute autorité de santé l'a constitué en une « pratique exigible prioritaire » (PEP) dans son manuel de certification des établissements de santé de 2023 (critère 3.2-09).

Critère 3.2-09 L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier

Sans que la demande soit motivée, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, son ayant droit selon l'un des trois motifs prévus par la loi (à savoir la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt ou la protection de ses droits), est en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient et/ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentant légal, ayant droit) au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et dans les 2 mois si le dossier a plus de 5 ans. Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
Gouvernance <ul style="list-style-type: none">- L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier.- Les délais de remise des dossiers sont suivis et les retards sont analysés.- La commission des usagers est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Audit système



Références légales et réglementaires

- Art. L. 1110-4, L. 1111-7, L. 1112-1, R. 1111-1 à 8 et R. 1112-2 du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 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 CSP.

La loi et les textes qui y font suite affirment la transparence nécessaire de l'information donnée au patient. C'est en ce sens qu'a été abrogée la disposition restrictive du code de déontologie médicale (anc. art. 35), qui prévoyait que le médecin, « *dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes qu'il appréciait en conscience* » pouvait tenir un patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Le médecin demeure en revanche tenu de ne révéler un pronostic fatal qu'avec circonspection (art. R. 4127-35, CSP)⁷.

Il est important que le patient exerce son droit d'accès au dossier avec la pleine conscience du caractère strictement personnel des informations de santé qui lui sont remises. Tout en laissant le patient bien entendu libre de ses décisions, la HAS a souligné qu'il convenait de l'informer des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, etc.), qui sont exclus du droit de réclamer directement ces informations aux établissements de santé. Ces tiers peuvent en effet être tentés d'exercer des pressions illégitimes pour que le patient leur transmette directement des informations de santé qui le concernent, malgré leur caractère confidentiel⁸.

Nature des documents communicables

La loi prévoit que les informations accessibles au patient sont « **notamment** » les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, les feuilles de surveillance, les correspondances entre professionnels de santé (art. L. 1111-7, CSP)⁹. Le code de la santé publique mentionne une liste des documents communicables¹⁰ : il s'agit en premier lieu de ceux qui composent obligatoirement le dossier médical (v. chapitre 1).

Mais de façon plus générale, la loi prévoit que « *toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissement de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (...) à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers* »¹¹.

Les informations communicables doivent donc répondre aux conditions suivantes :

a) Être « formalisées »¹²

L'arrêté du 5 mars 2004¹³ mentionne que « *doivent être considérées comme formalisées, les informations auxquelles il est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles* ». Par exemple, les tracés d'électroencéphalogramme (EEG) sont communicables¹⁴.

Le support des informations peut donc prendre différentes formes.

b) Être « détenues », et ceci « à quelque titre que ce soit », par l'établissement de santé ou ses personnels :

- La loi prévoit désormais que le droit à communication s'exerce dans les mêmes conditions, quelles que soient les modalités selon lesquelles les documents ont été obtenus par l'établissement qui les conserve (« *à quelque titre que ce soit* »)¹⁵.
- Les documents relevant du droit à communication sont les documents produits ou recueillis par l'établissement auprès de qui est faite la demande, et non les seuls documents élaborés par cet établissement ou par un professionnel déterminé : ainsi, l'ensemble des éléments fournis par le médecin traitant, une clinique, un médecin urgentiste ou spécialiste extérieur par exemple sont communicables au patient, dès lors qu'ils sont « *détenus* » par l'établissement¹⁶.
- L'administration ne peut être tenue de communiquer un dossier qu'elle ne détient pas, une injonction adressée en ce sens à l'établissement en vue de la communication du dossier médical ne pouvant qu'être rejetée¹⁷. De même, les demandes d'accès doivent porter sur des documents existants : la loi du 4 mars 2002 n'a pas eu pour objet de créer un droit des personnes à faire établir de nouveaux documents à leur intention¹⁸.
- Le patient ayant le droit d'accéder à « *l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels ou des établissements de santé* », l'établissement ne peut invoquer le caractère préparatoire de l'information ou du document médical pour en refuser la communication¹⁹. Le fait que les documents soient manuscrits n'est pas en soi un obstacle à leur communication²⁰.

c) Le cas échéant, avoir fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé

Sur ce point, la loi a confirmé les positions ordinales antérieures selon lesquelles les correspondances échangées entre praticiens (que ces derniers exercent en ville ou à l'hôpital) sont constitutives du dossier médical et doivent donc donner lieu à communication²¹.

Comme cela a été indiqué, la liste réglementaire des documents communicables est *a minima* (« *notamment* ») pour les établissements de santé. Elle n'épuise donc pas les droits des patients qui souhaiteraient avoir accès à d'autres documents, dès lors que les informations justifient du statut d'informations concernant la santé de la personne : clichés radiographiques²² et d'IRM²³ ; résultats d'examen biologiques ; comptes rendus d'anatomie pathologique ; moulages réalisés par un service d'odontologie²⁴ ; feuilles de température²⁵ ; enregistrements vidéos de séances de thérapie familiale²⁶,

enregistrements audios en psychiatrie, enregistrements sonores de conversations téléphoniques²⁷ ; enregistrement vidéo d'une intervention chirurgicale²⁸, « *autorisations d'opérer* » ou autorisations de soins pour les mineurs ; autorisations d'autopsie ou de prélèvements d'organes, etc.

De nombreux documents sont donc potentiellement concernés. Tout médecin hospitalier doit en effet consigner au dossier « *toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion* », et une obligation comparable s'impose aux sages-femmes et professionnels paramédicaux²⁹.

S'agissant des rapports d'expertise établis à propos des dispositifs médicaux (prothèse mammaire, sonde cardiaque, prothèse de hanche par exemple) qui ont été ex-plantés du corps de patients, la CADA considère qu'ils sont communicables³⁰. Ceci, dans la mesure, notamment, où ils présentent pour ces patients un intérêt majeur alors que leur communication ne semble pas porter atteinte de façon disproportionnée au secret en matière commerciale et industrielle.

En revanche, ne sont pas communicables au titre de la loi du 4 mars 2002 les documents établis par une autorité administrative et non par un médecin.

Selon la CADA, « *ne sont pas considérés comme des documents administratifs, les documents élaborés directement par les juridictions ou pour l'exercice de la justice* »³¹.

Peuvent être définis comme documents juridictionnels, notamment :

- Les jugements, ordonnances, décisions ou arrêts rendus par les juridictions de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif³² ;
- Un signalement de maltraitance transmis à l'autorité judiciaire. Un établissement de santé n'est donc pas compétent pour transmettre ce document aux patients ou ayants droit qui en feraient la demande³³ ;
- Des dossiers de mise sous tutelle³⁴ ;
- Un certificat médical transmis à l'autorité judiciaire en vue de demander une mise sous sauvegarde de justice, seule l'autorité judiciaire pouvant décider de sa communication³⁵ ;
- Des rapports d'expertise psychologique et psychiatrique établi dans le cadre judiciaire ;
- Un rapport d'autopsie médico-légale³⁶ ;
- Un rapport d'expertise psychiatrique établi à la demande du procureur de la République ;
- Des documents qui ont été produits ou reçus dans le cadre et pour les besoins d'une procédure juridictionnelle devant le juge des libertés et de la détention : avis médical délivré par l'établissement afin de justifier une hospitalisation complète ; observations écrites du procureur de la République³⁷ ;
- Un courrier rédigé par le procureur de la République, dans le cadre des dispositions du code de la santé publique qui prévoient que lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet afin que celui-ci prenne sans délai toute mesure utile³⁸.

Il en est également ainsi des documents inachevés et des documents préparatoires à une décision administrative, tant que celle-ci est en cours d'élaboration (art. L. 311-2, CRPA)³⁹.

De même, ne sont pas communicables les documents dont la connaissance par le demandeur pourrait porter atteinte à l'anonymat de certaines données protégées par la loi. Il en est ainsi par exemple de documents de traçabilité de l'origine de greffons par exemple⁴⁰.

Les documents, et notamment les comptes rendus, issus des revues de mortalité et de morbidité (RMM) et les fiches de signalement (OSIRIS) sont anonymes, c'est-à-dire qu'ils ne comportent aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le **patient**. Ils sont archivés avec les autres documents qualité et ne doivent contenir aucun document nominatif issu notamment du

dossier patient (compte rendu de consultation, compte rendu opératoire, feuille d'anesthésie, résultats d'examen biologiques ou radiologiques, compte rendu d'autopsie, etc.)⁴¹. Ils ne sont pas communicables aux patients concernés au titre de l'accès au dossier médical.

La CADA rappelle que « *les fiches de signalement (OSIRIS) mentionnent le nom de leur auteur et retracent des incidents ayant lieu au sein de l'AP-HP* »⁴². En application des dispositions de l'article L. 311-6 du CRPA, les fiches de signalement ne sont communicables qu'au professionnel de santé ayant signalé l'incident (elles pourraient être communicables au patient concerné, s'il est identifié (ce qui n'est en principe pas le cas)). Elle estime que, sur ce fondement, les documents tels que les signalements, dès lors que leur auteur est identifiable, ne sont pas communicables à des tiers.

Sur les RMM, la CADA rappelle que « *les comptes-rendus qui en sont extraits constituent en principe des documents administratifs communicables à toute personne qui en fait la demande, en vertu de l'article L. 311-1 du CRPA, sous réserve que puisse être occultée, le cas échéant, toute mention relative à la situation individuelle de tiers ou à leur vie privée, ou révélant de la part de personnes nommément désignées ou facilement identifiables, autres qu'une autorité administrative agissant dans le cadre de ses prérogatives, un comportement dont la divulgation pourrait leur porter préjudice. La commission précise que la circonstance que cette RMM constitue un document de travail interne de l'établissement ne saurait faire obstacle à sa communication selon les modalités qui viennent d'être rappelées.* »⁴³

La commission précise, pour les comptes-rendus issus des RMM : « *si l'ampleur des occultations était telle qu'elles feraient perdre tout intérêt à la communication des documents occultés, l'administration serait fondée à en refuser la communication* »⁴⁴.

Les images

Des images, lorsqu'elles constituent des informations pertinentes sur l'état de santé du patient, sont souvent conservées dans le dossier médical, sur support « *papier* » ou numérique.

A la demande du patient ou ultérieurement, « *il est possible et peut être légitime de confier au patient ses clichés radiologiques, la seule obligation étant de conserver dans le dossier le compte rendu radiologique* »⁴⁵. Il est recommandé d'établir alors une liste des documents remis. Cette liste signée par le patient ou la personne accompagnante (sous forme de récépissé) doit être conservée dans le dossier⁴⁶.

Lorsque les images sont réalisées dans le cadre d'examen externes, elles seront systématiquement remises au patient ou adressées, avec le compte rendu médical, au professionnel ou à l'établissement ayant demandé cette prestation. Une copie du compte rendu et le cas échéant des images seront conservées par l'établissement, dans le cadre général applicable aux examens externes (v. p. 10).

L'établissement peut être dans l'impossibilité de reproduire certaines pièces du dossier, notamment en imagerie médicale. Il doit en informer le patient ou lui proposer de venir les consulter sur place. A défaut, dans des situations où ces documents sont absolument indispensables au demandeur, il pourra remettre les images originales contre signature d'un récépissé par le demandeur ou par envoi recommandé spécifiant que sont communiqués tels ou tels documents qui seront désormais placés sous la responsabilité directe du demandeur.

Les délais de conservation des clichés ne posent *a priori* pas de difficulté lorsqu'ils sont conservés sur un support numérique. Mais un cliché radiographique sur support argentique ne conserve toute sa valeur que pendant une durée limitée d'environ 10 ans. Ensuite, sa qualité se détériore et il risque de ne plus être interprétable. Il convient toutefois de le conserver au dossier : en cas de procédure judiciaire, aucun reproche ne pourra être fait sur l'illisibilité des clichés. En revanche, le fait de détruire

une radiographie, même devenue inexploitable, sera interprétée avec suspicion, car un cliché même de mauvaise qualité peut constituer un commencement de preuve⁴⁷.

Concernant spécifiquement les photographies prises d'enfants mort-nés, la circulaire du 19 juin 2009 prévoit que « *Les professionnels veilleront à assurer, dans la mesure du possible, la disponibilité de traces mémorielles de l'enfant, tels que le bracelet de naissance ou des photos qui auront été prises de l'enfant dont la présentation aura été soignée (nettoyage, habillage), ou encore les empreintes, mèches de cheveux ..., qui seront conservées dans le dossier médical.* »⁴⁸.

En principe, les photos d'enfants mort-nés n'ont pas pour objet de renseigner l'état de santé de la mère ou de son enfant né sans vie, mais de laisser une trace mémorielle, et peuvent donc être conservés en dehors du dossier médical de la mère. En l'absence de délai légal et réglementaire, c'est à l'équipe médicale d'établir un délai raisonnable de conservation des photos d'enfants mort-nés.

S'agissant des photos d'enfants mort-nés réalisées dans un but scientifique, la CADA considère en revanche qu'elles ne sont pas communicables⁴⁹, sauf si elles se rapportent à l'état de santé de la mère ou à l'état clinique de son enfant mort-né⁵⁰.

A noter également que, si les photos d'enfants mort-nés permettent de renseigner l'état de santé de la mère ou de son enfant, alors il s'agit d'éléments médicaux devant être conservés dans le dossier médical de la mère. Elles devront y être conservés pendant un délai de vingt (délai durant lequel la mère est en droit de demander leur communication à tout moment, même si ces photos ont été prises à des fins de recherches scientifiques). En effet, conformément à l'adage « *infans pars mater viscerum* » (l'enfant avant la naissance est une partie du corps de la mère), aucun dossier spécifique n'est constitué pour l'enfant perdu avant la naissance.

Les informations concernant des tiers ne sont pas communicables

La loi prévoit la non-communicabilité d'un certain nombre d'informations (« *Toute personne a accès à l'ensemble des informations ... à l'exception des informations...* » ; art. L. 1111-7, CSP) : il s'agit de celles « *mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers* ». L'ANAES/HAS avait considéré qu'il fallait entendre par informations recueillies auprès de tiers celles qui l'ont été à l'insu du patient⁵¹.

Ceci notamment si les informations concernées font apparaître le comportement d'un tiers et que leur divulgation pourrait lui porter préjudice. Ainsi d'une demande portant sur des enregistrements d'un appel au SAMU émanant d'une personne qui n'est ni un professionnel de santé ni le patient, mais un tiers contre lequel le patient souhaite engager une procédure⁵².

Le patient ne peut ainsi avoir accès à des informations :

- Recueillies auprès de son entourage, de ses accompagnants ou d'autres tiers : par exemple, l'identité des auteurs de dénonciations ou de témoignages dont la divulgation à autrui, notamment à la personne visée, pourrait leur porter préjudice⁵³, le témoignage de la personne accompagnant le patient aux urgences ou d'un membre de la famille sur ses mœurs, un conflit familial, la pratique de l'autorité parentale, d'éventuelles addictions, une maltraitance ou des soupçons de maltraitance, ...
- Concernant d'autres tiers : informations recueillies sur la mère (s'agissant d'un enfant devenu majeur sollicitant des informations sur sa naissance), sur le conjoint, un autre membre de la famille ou de l'entourage...

A *contrario*, l'article L. 1111-7 n'exclut pas la communication des informations concernant les tiers intervenant dans la prise en charge thérapeutique. Il autorise donc la communication des informations

identifiant les personnels et leurs actes. Ceci sous la réserve des dispositions du code des relations entre le public et l'administration, qui imposent le retrait, avant communication, des documents et l'occultation préalable des mentions dont la communication serait susceptible de porter atteinte à la protection de la vie privée des personnes concernées (et le cas échéant, à leur sécurité) ou de révéler une appréciation ou un jugement de valeur sur celles-ci⁵⁴. Ces dispositions viendront s'appliquer par exemple à un document de signalement de maltraitance à l'autorité administrative⁵⁵.

Si les informations dont la connaissance a été acquise par le médecin auprès de tiers et à l'insu du patient ne sont pas communicables, en revanche, toute information donnée par le patient, même si elle concerne un tiers, peut lui être retournée⁵⁶.

L'ANAES/HAS a recommandé aux professionnels de faire en sorte que ces informations (recueillies par exemple auprès d'un membre de la famille, d'un proche, d'une personne connaissant le patient ou les concernant) soient notées à part dans le dossier et soient facilement identifiables (notification de la personne auprès de qui l'information a été recueillie, code couleur, feuille séparée, etc.), afin d'être aisément extraites du dossier en cas de demande de communication⁵⁷.

La protection de la confidentialité

Les restrictions à la communication sont le corollaire d'une obligation générale : les informations médicales sont couvertes par le secret professionnel, en raison de la protection due à la vie privée et au secret des informations concernant la personne (art. L. 1110-4, CSP). Ce point est essentiel, car le dossier médical contient de manière générale des informations qui se rapportent à l'intimité de la vie privée, et au-delà des informations strictement médicales, des informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie⁵⁸. Le patient qui s'est confié à des professionnels doit pouvoir être sûr que ce qu'ils ont ainsi appris, s'ils ont estimé nécessaire de le mentionner au dossier car utile pour la prise en charge, ne sera pas divulgué.

Le code pénal sanctionne la révélation d'informations à caractère secret à des tiers (art. 226-13). Le dossier médical et d'une manière générale les informations détenues par l'établissement sur l'état de santé du patient entrent pleinement dans le champ d'application de ces dispositions. La communication des informations aux personnes qui le demandent (patient, ayant droit, ...) est ainsi placée en miroir d'une organisation construite pour protéger les secrets détenus par les professionnels de santé : le dossier médical est un document qui relève à la fois des règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations qu'il contient⁵⁹. On rappellera que le secret médical n'est pas opposable au patient⁶⁰.

Dossier médical et secret professionnel

Les informations contenues dans le dossier médical sont protégées par le secret professionnel, qui s'impose à tous les personnels de l'hôpital (art. L. 1110-4, CSP).

Deux articles du code pénal traitent des infractions à l'obligation de secret :

- l'article 226-13 qui dispose : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende* »;
- l'article 226-14 qui dispose : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable* :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de maltraitances, de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, ou qui porte à la connaissance de la cellule mentionnée à l'article L. 119-2 du même code les sévices, maltraitances ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

2° bis Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République des informations relatives à des faits de placement, de maintien ou d'abus frauduleux d'une personne dans un état de sujétion psychologique ou physique, au sens de l'article 223-15-3 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que cette sujétion a pour effet de causer une altération grave de sa santé physique ou mentale ou de conduire cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. En cas d'impossibilité d'obtenir l'accord de la victime, le médecin ou le professionnel de santé doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une ;

(...)

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

La déontologie médicale impose au médecin de faire appliquer ces dispositions par ses collaborateurs : « *Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment* » (art. R. 4127-72, CSP).

Elle prévoit également que « *Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées et examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents* » (art. R. 4127-73, CSP).

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication des informations en violation de la loi (art. L. 1110-4, CSP) est par ailleurs puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Conservation des documents originaux

L'établissement de santé doit toujours conserver les documents originaux du dossier, dont il ne peut remettre que des copies, sauf en cas de procédure judiciaire. De façon implicite, la loi n'accorde pas au patient le droit d'entrer en possession de pièces médicales originales⁶¹ (sur les images, v. p. 30-31).

L'ANAES/HAS a retenu comme principe en 2004, sur le fondement de la réglementation des archives publiques, que le dossier ne doit en aucun cas quitter l'établissement, sauf en cas d'archivage organisé - notamment dans le cadre d'un contrat d'hébergement des données de santé⁶² - qui permet l'identification et le rapatriement du dossier, si nécessaire, dans des conditions assurant la continuité normale des soins⁶³.

Ce principe a été confirmé par les dispositions légales permettant désormais l'« externalisation » par l'établissement de santé de la conservation de ses dossiers⁶⁴.

Même lorsque le patient est transféré « définitivement » vers un autre établissement de santé et y compris dans le cas où il a lui-même demandé le transfert de son dossier, seule une copie du dossier peut être adressée au nouvel établissement (sur la transmission de documents entre les hôpitaux de l'AP-HP, v. p. 68).

Ces dispositions ont pour finalité que l'établissement puisse en tant que de besoin, pendant toute la période de conservation, pouvoir produire des documents incontestables sur les éléments de la prise en charge, et de façon exhaustive.

L'impossibilité de communiquer des documents originaux (s'ils ne peuvent matériellement être reproduits pour une raison ou une autre) ne doit pas faire obstacle à ce que la personne en prene connaissance. Mais en de telles circonstances, le droit d'accès ne peut *a priori* s'exercer que par consultation sur place⁶⁵.

Le tri préalable du dossier

Les recommandations de l'ANAES/HAS⁶⁶ ont apporté des précisions importantes sur cette question. En principe, le dossier doit être régulièrement trié avant même qu'il ne soit demandé et avant son archivage. Il ne doit en effet contenir que les documents nécessaires et utiles au suivi ultérieur du patient et ceux que la réglementation impose de conserver.

En fin de séjour, le praticien qui a eu en charge le patient a toute légitimité pour opérer un tri dans « son » ou « ses » dossiers :

- il doit restituer au patient, s'il le souhaite, les documents qu'il a apportés ou qui lui appartiennent ;
- il doit éliminer toutes les informations, médicales ou non, qui ne sont pas utiles au suivi du patient ou que la législation n'impose pas de conserver. C'est le cas des résultats biologiques bruts correspondant à de la biologie d'adaptation thérapeutique, qui peuvent être remplacés par une synthèse de la biologie produite au cours du séjour⁶⁷ ;
- il doit détruire les exemplaires redondants d'une même information et les feuilles d'observations qui n'auraient aucune valeur. Tout en étant précisé qu'une fiche d'observation médicale vierge peut dans certains cas représenter une information importante.

Cette sélection des pièces du dossier (« épuration »), qui conduira à l'élimination de documents médicaux, doit être faite avec toute la rigueur, la circonspection et la traçabilité nécessaires, surtout lorsqu'elle est effectuée à l'occasion d'une demande de communication. Le contexte d'une demande de communication n'est en effet pas idéal pour une « épuration », compte tenu des soupçons qui peuvent naître chez le demandeur qui en prendrait connaissance⁶⁸. Une « épuration » rigoureuse, tracée et loyale présente en tout état de cause l'avantage d'assurer la communication d'un dossier a

priori plus aisément accessible, et désormais constitué des informations médicales réellement utiles, quelle que soit la finalité de la demande de communication⁶⁹.

Le code des relations entre le public et l'administration permet d'occulter ou de disjoindre les mentions d'un document qui ne peuvent pas être communiquées. Ces dispositions ne permettent pas en revanche de transformer le document ou de remplacer les passages occultés par des mentions nouvelles dont la communication ne poserait pas de difficulté. Elle n'interdit pas cependant d'élaborer un nouveau document dans lequel les passages à occulter seront remplacés par de nouvelles mentions, à la stricte condition que :

- cette opération soit portée à la connaissance du demandeur ;
- les passages ainsi substitués ne permettent pas d'identifier le cas échéant une ou des personnes en cause ;
- les mentions communicables en vertu de cette loi ne soient pas altérées⁷⁰.

On rapprochera ces dispositions de celles permettant de transmettre aux ayants droit un certificat médical, lorsque l'accès au dossier leur est refusé (art. R. 1111-7, CSP).

L'information du médecin traitant du patient

Le code de la santé publique comprend une série de dispositions organisant l'information du médecin traitant du patient, pendant ou après son hospitalisation. Il prévoit que :

- dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication doit être effectuée ; elle ne peut intervenir toutefois qu'avec l'accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès (art. R. 1112-4, CSP). Le médecin qui a prescrit l'hospitalisation n'est cependant pas forcément le médecin traitant du patient⁷¹ ;
- en cours d'hospitalisation, le chef de service hospitalier doit communiquer au médecin qu'aura le cas échéant désigné le malade hospitalisé ou sa famille, sur demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du malade (art. R. 1112-6, CSP) ;
- le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible après la sortie du malade, et par la lettre de liaison, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il doit recevoir toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade (art. R. 1112-60, CSP ; le texte ne mentionne pas l'accord du patient, mais celui-ci s'impose néanmoins, au regard des principes généraux).

Les documents remis à la sortie du patient

Le code de la santé publique prévoit que le patient doit recevoir à la fin de son séjour les informations nécessaires à la continuité de ses soins. Il indique notamment que « *Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.* »⁷². Le patient doit également recevoir « *les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.* »⁷³.

La remise de ces documents constitue une obligation pour l'établissement et non pas une simple faculté.

Il revient au médecin responsable du patient de déterminer les pièces essentielles dont les copies doivent ainsi être communiquées⁷⁴.

Une lettre de liaison est rédigée par le médecin de l'établissement qui a pris en charge ce dernier. Cette lettre est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins⁷⁵.

La lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient⁷⁶. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à

l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

On rendra au patient s'il le souhaite les clichés et les documents qu'il a lui-même apportés.

La communication d'informations aux services de santé du travail

Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables à la médecine du travail.

Les médecins du travail, chargés de la surveillance sanitaire des travailleurs, ne sont pas en effet appelés à dispenser des soins aux personnes⁷⁷. Ils ne peuvent en conséquence obtenir de renseignements médicaux directement de la part du médecin hospitalier. Leur accès au dossier nécessite l'accord explicite du malade.

Le médecin du travail qui a accédé au dossier médical du malade est par ailleurs tenu au secret vis-à-vis de l'employeur⁷⁸.

La communication de données médicales conservées dans un cadre scientifique, statistique ou historique

A l'issue de la durée réglementaire de conservation des informations médicales (en principe : 10 ou 20 ans ; v. chapitre 19), la conservation d'une partie des dossiers peut être décidée par l'administration des Archives « *pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique* » (art. R. 1112-7, CSP)⁷⁹. Ces informations peuvent sous certaines conditions être communiquées, ces dispositions s'appliquant notamment aux chercheurs, étudiants et généalogistes⁸⁰.

En application des dispositions de l'article L. 213-2 du code du patrimoine, les informations, y compris médicales, relatives à une personne décédée sont librement communicables à compter d'un certain délai⁸¹ :

- 25 ans à compter de la date du décès pour les documents dont la communication porte atteinte au secret médical (registre des décès au cas où il comporterait des informations médicales, dossier médical s'il a été conservé, etc.) ;
- 120 ans à compter de la date de naissance du patient, si sa date de décès n'est pas connue.

Des dérogations sont toutefois possibles (art. L. 213-3, code du patrimoine) : l'autorisation de consultation de documents d'archives publiques avant l'expiration des délais qui viennent d'être indiqués peut être accordée aux personnes qui en font la demande dans la mesure où l'intérêt qui s'attache à la consultation de ces documents ne conduit pas à porter une atteinte excessive aux intérêts que la loi a entendu protéger. L'autorisation est accordée par l'administration des archives aux personnes qui en font la demande après accord de l'établissement de santé.

La non communicabilité des documents en cas de procédure judiciaire

Les documents administratifs ou médicaux dont la consultation ou la communication porterait atteinte au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures ne sont pas communicables, sauf autorisation donnée par le magistrat en charge de l'enquête (art. L. 311-5, 2° f, du code des relations entre le public et l'administration)⁸².

Selon la CADA, lorsqu'une procédure pénale (enquête de police sous l'autorité d'un procureur ou information judiciaire dirigée par un juge d'instruction) est en cours, il faut distinguer deux situations :

- Si un document médical a été établi à la demande et à l'intention de l'autorité judiciaire, il constitue un document de nature judiciaire. Il appartient donc au demandeur (patient, représentant légal ou ayant droit) de s'adresser directement à l'autorité judiciaire⁸³ ;

- Si une personne demande la communication d'un document médical ayant fait l'objet d'une réquisition judiciaire, alors l'autorité saisie d'une telle demande doit déterminer si la communication du document sollicité est de nature à porter atteinte au déroulement de procédures juridictionnelles ou d'opérations préliminaires à de telles procédures en empiétant sur les prérogatives de l'autorité judiciaire (art. L 311-5 du Code des relations entre le public et l'administration). Le cas échéant, l'autorité saisie de la demande de communication du document médical doit solliciter l'accord du juge d'instruction pour transmettre ce document⁸⁴.

Notes du chapitre 2

¹ Concernant la communication du dossier médical, elles figurent pour l'essentiel à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

² Art. L. 1112-1 et R. 1112-1, CSP

³ Art. L. 1111-9, CSP

⁴ « Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement », ANAES/HAS 2004 ; une version modifiée en a été publiée par la Haute autorité de santé en décembre 2005

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

⁶ Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès

⁷ Le texte constituant l'article 35 du code de déontologie médicale est ainsi aujourd'hui rédigé (art. R. 4127-35, CSP) : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».

⁸ HAS, Accès aux informations ..., préc., p.5

⁹ CADA, avis n° 20225986 du 25 octobre 2022

¹⁰ Art. R. 1112-2, CSP (modifié par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016)

¹¹ Art. L. 1111-7, CSP

¹² V. note n° 76, p. 23. Ces documents n'ont pas à être complètement formalisés (CADA, avis n° 20041645 du 15 avril 2004, Directeur du CHU de Montpellier) et ils peuvent être manuscrits (CAA Paris, 30 septembre 2004, n° 03PA01769 ; CADA, avis n° 20070800 du 2 février 2007).

Les documents manuscrits contenus dans le dossier médical sont communicables (CADA, avis n° 20183655 du 10 janvier 2019).

¹³ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

¹⁴ CADA, avis n° 20144131 du 27 novembre 2014

¹⁵ L'article L. 1111-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction initiale issue de la loi du 4 mars 2002, disposait de façon plus restrictive que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé (qui) « ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ».

¹⁶ CADA, Directeur du Centre hospitalier René Prévot, conseil n° 20062025 du 11 mai 2006 ; CADA, avis n° 20143522, 16 octobre 2014

¹⁷ TA Paris, 14 mai 2013, n° 1303837. Les informations recueillies sous un mode anonyme (accouchement sous X, prise en charge anonyme d'un patient toxicomane) ne sont par ailleurs pas communicables, par leur nature même.

¹⁸ CADA, AP-HP, avis n°20226205 du 24 novembre 2022

¹⁹ CADA, *Ministre de la santé et de la protection sociale (DDASS de l'Indre), avis n° 20044850 du 16 décembre 2004. S'agissant de pièces de nature médicale (dossier médical, rapports d'expertise...), le caractère préparatoire des documents ne saurait être invoqué pour refuser, même temporairement, la communication à l'intéressé. En effet, le droit à l'information médicale de la personne, affirmé par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, prime sur toute autre considération.*

²⁰ *Les documents manuscrits contenus dans le dossier médical sont communicables (CADA, avis n° 20183655 du 10 janvier 2019)*

²¹ *V. Rapport du Dr. F.-X. Mercat, « Les courriers entre médecins », adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins, 30 janvier 1998 ; CADA, Directeur de l'hôpital général de Clermont-de-l'Oise, avis n° 20064906 du 9 novembre 2006 : sur des correspondances échangées entre plusieurs structures de soins.*

²² *CADA, Directeur général de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (hôpital d'enfants Armand- Trousseau), avis n° 20070859 du 8 février 2007 ; CADA, Centre hospitalier de Marne-la-Vallée, avis n°20165507 du 19 janvier 2017 ; CADA, Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, avis n°20185908 du 31 août 2019*

²³ *CADA, Directeur du Centre hospitalier Les Chanaux, avis n° 20071963 du 3 mai 2007 ; CADA, Centre hospitalier régional d'Orléans, avis n°20215783 du 04 novembre 2021*

²⁴ *CADA, AP-HP, avis n° 20150002, 5 mars 2015*

²⁵ *HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 6*

²⁶ *CADA, Directeur du Centre psychothérapique de Nancy, avis n° 20050872 du 17 février 2005 ; CADA, 21 février 2013, n° 20130447 : les notes prises lors des séances de thérapie familiale et rendant compte des échanges constituent un élément du dossier médical de toute personne ayant consenti à cette thérapie partagée et y ayant participé. Chacune d'entre elles peut y avoir accès sans occultations, dès lors qu'elles doivent être intégralement regardées comme des informations concernant la santé de chacune des personnes ayant partagé la thérapie.*

²⁷ *CADA, Directeur du SDIS du Gers, avis n° 20042830 du 8 juillet 2004 ; CADA, Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France, avis n°20205338 du 28 février 2021*

²⁸ *CADA, conseil n°20195434 du 30 juin 2020*

²⁹ *HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 6 ; ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc. p. 18*

³⁰ *CADA, Directeur du Centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne, conseil n° 20112147 du 7 juillet 2011*

³¹ *Conseil d'Etat, 7 mai 2010, n° 303168 : le juge a considéré que les documents, quelle que soit leur nature, qui sont détenus par les juridictions et qui se rattachent à la fonction de juger dont elles sont investies, n'ont pas le caractère de document administratif. Il en va ainsi, notamment des jugements, ordonnances, décisions ou arrêts rendus par les juridictions de l'ordre judiciaire ou administratif.*

³² *CADA, Maire de Lyon, conseil n° 20053620 du 3 novembre 2005 ; CADA, Mairie de Guénange, avis n°20161786 du 09 juin 2016 ; CADA, Ministère de l'économie, avis n°20180373 du 03 mai 2018*

³³ *CADA, Président du conseil général de la Seine-Saint-Denis, avis n° 20073860 du 11 octobre 2007 ; CADA, Conseil départemental de l'Orne, avis n°20195420 du 13 avril 2020*

³⁴ *Conseil d'Etat, 27 avril 1998, Darrieulat ; CADA, Président du Tribunal d'instance de Nancy, avis n° 20100666 du 25 mars 2010*

³⁵ *CADA, Directeur de l'Établissement public de santé mentale des Flandres, avis n° 20104620 du 2 décembre 2010*

³⁶ *CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil n° 20123718 du 22 novembre 2012*

³⁷ *CADA, Association hospitalière de Franche-Comté, avis n° 20123815 du 22 novembre 2012. Mais dans le cas où, au contraire, ce certificat n'aurait pas été établi pour les besoins de la procédure judiciaire, mais aurait seulement été versé au dossier du juge, cette circonstance ne lui ferait pas perdre le caractère de document administratif, et il serait communicable à l'intéressé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.*

³⁸ CADA, *Ministre de la santé et des sports (DDASS de Gironde)*, avis n° 20100735 du 25 février 2010

³⁹ CADA, conseil n° 20224847 du 22 septembre 2022 : « Un document préparatoire est exclu du droit d'accès prévu par le titre Ier du livre III du CRPA aussi longtemps que la décision administrative qu'il prépare n'est pas intervenue ou que l'administration n'y a pas manifestement renoncé, à l'expiration d'un délai raisonnable » ; CADA, *Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)*, avis n°20200546 du 30 juin 2020

⁴⁰ CADA, *Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand « Estaing »*, avis n° 20123251 du 27 septembre 2012

⁴¹ HAS, *Revue de mortalité et de morbidité*, 2009, p. 16-17

⁴² CADA, *AP-HP*, Avis n° 20241971 du 6 mai 2024

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ La HAS a indiqué que l'impossibilité éventuelle de reproduction de radiographies ne doit pas faire obstacle à leur communication à la personne et « qu'en de telles circonstances, le droit d'accès ne peut s'exercer que par consultation sur place » (HAS, *Accès aux informations...*, préc., p. 12). Cette indication doit être confrontée aux recommandations non concordantes de l'ANAES/HAS (ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration...*, préc., p. 30), qui admettent - elles - la remise de clichés contre récépissé, et paraissent de fait plus conformes aux droits des patients en la matière, tout en garantissant la conservation du compte rendu radiologique par l'établissement ; CADA, avis n° 20194563 du 31 mars 2020 relatif à la communication de l'intégralité du dossier médical, avec le CD-Rom, les clichés (imagerie médicale), et le compte-rendu.

⁴⁶ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration...*, préc., p. 30. Le récépissé pourra être formulé ainsi : « Je soussigné(e) (nom et prénom), (le cas échéant : représentant légal ou ayant droit de) M., Mme (nom et prénom) atteste qu'il m'a été remis ce jour à ma demande les originaux des clichés d'imagerie médicale suivants (décrire les documents remis et leur nombre)... J'ai bien noté que je suis désormais le seul dépositaire de ces documents, extraits du dossier médical n°... Fait à..., le..., Signature du demandeur, Nom, fonction et service de la personne ayant effectué la remise ».

⁴⁷ Indication tirée du *Vademecum « Dossier médical »* publié par la MACSF (v. site www.macsf.fr)

⁴⁸ *Circulaire interministérielle n°2009-182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus*

⁴⁹ CADA, avis n° 20071968, 24 mai 2007

⁵⁰ CADA, conseil n° 20130176, 24 janvier 2013

⁵¹ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration...*, préc., p. 48

⁵² CADA, conseil n° 20150212, 7 mai 2015 ; CADA, *Centre hospitalier universitaire de Reims (CHU)*, avis n°20205293 du 11 février 2021

⁵³ CADA, avis n° 20161685, 26 mai 2016

⁵⁴ Les informations suivantes sont en principe protégées (source www.cada.fr) :

- Au titre de l'état civil : date de naissance et âge, lieu de naissance, situation matrimoniale et familiale en générale ;
- Le nom et le prénom d'une personne ne font pas, par eux-mêmes, partie des éléments protégés au titre de la vie privée ;
- Les coordonnées personnelles : adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, liste des numéros appelés, lieu d'hébergement ;
- La situation patrimoniale et financière : patrimoine immobilier ; revenus perçus ;
- La formation : formation initiale, inscription dans un établissement d'enseignement, diplômes, formation professionnelle et curriculum vitae ;
- L'appartenance politique ou religieuse ;

-
- *La situation professionnelle : dates de congés, congé de maternité ou parental, horaires de travail, taux d'incapacité.*

⁵⁵ CADA, *Président du Conseil général de la Haute-Savoie (Direction de la protection de l'enfance), avis n° 20090455, 2 avril 2009 ; CADA, 15 décembre 2016, avis n° 20165018*

⁵⁶ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 28*

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ HAS, *Accès aux informations ..., préc., p. 6*

⁵⁹ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 35*

⁶⁰ CNOM, *Commentaires du code de déontologie médicale, sous l'article 4 (site www.conseil-national.medecin.fr)*

⁶¹ CADA, *Directeur du Centre hospitalier de Nemours, conseil n° 20043197 du 22 juillet 2004 ; CADA, conseil n° 20150002 du 05 mars 2015*

⁶² Art. L. 1111-8, CSP

⁶³ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 58*

⁶⁴ *L'article L. 1111-8 du code de la santé publique, introduit par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 a en effet prévu que « les établissements de santé (...) peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet ;*

Art. L. 212-4 II C. patrimoine : « (...) Lesdites personnes peuvent, après en avoir fait la déclaration à l'administration des archives, déposer tout ou partie de ces documents auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet par ladite administration. Le dépôt fait l'objet d'un contrat qui prévoit les conditions de sécurité et de conservation des documents déposés ainsi que les modalités de leur communication et de leur accès, du contrôle de ces documents par l'administration des archives et de leur restitution au déposant à l'issue du contrat. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de la déclaration préalable ainsi que les conditions d'octroi et de retrait de l'agrément des dépositaires, (...) ».

⁶⁵ HAS, *Accès aux informations..., préc. p. 12*

⁶⁶ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 58*

⁶⁷ *Les résultats des examens biologiques validés par le laboratoire doivent seuls être conservés dans les dossiers pendant le séjour. En fin d'hospitalisation, il est souhaitable que ne soit conservée qu'une fiche de synthèse biologique produite par le laboratoire (HAS, Accès aux informations..., préc. p. 18).*

⁶⁸ *Sur les sanctions résultant de la destruction volontaire de documents pouvant servir de preuve, v. p.165*

⁶⁹ *Si cette sélection est réalisée au moment de l'archivage, elle doit donner lieu à la rédaction d'un bordereau d'élimination visé par le conservateur des archives. L'article L. 212-2 du code du patrimoine précise en effet que « la liste des documents ou catégories de documents destinés à l'élimination ainsi que les conditions de leur élimination sont fixées par accord entre l'autorité qui les a produits ou reçus et l'administration des archives ».*

⁷⁰ CADA, *Directeur de la CPAM de Colmar, conseil n° 20092151 du 2 juillet 2009 ; CADA Centre hospitalier Métropole Savoie de Chambéry, avis n°20191316 du 17 octobre 2019*

⁷¹ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 38*

On notera que « l'établissement de santé (doit recueillir) auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite (...) que soient transmises (les informations) utiles à la continuité des soins après sa sortie » (art. L. 1111-2, CSP).

⁷² Art. R. 1112-1-2, CSP

⁷³ Art. R. 1112-61, CSP

⁷⁴ HAS, *Accès aux informations ...*, préc., p. 26

⁷⁵ Décret du 20 juillet 2016 ; Art. R. 1112-1-2 I., CSP

⁷⁶ Art. R. 1112-1-2, CSP

⁷⁷ Art. L. 366, code de la sécurité sociale ; Conseil d'Etat, 1er décembre 1997 ; art. L. 4622-3, code du travail ; Art. R. 4623-1 code du travail (modifié par le décret n° 2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail)

⁷⁸ Art. R. 4127-95, CSP ; Le médecin du travail, tout en étant obligé de garder le secret sur ses constatations médicales, doit dans le domaine qui lui est propre, renseigner l'employeur en lui fournissant des éléments de fait nécessaires aux décisions à prendre (Cass. Ch. crim., 6 juillet 1972).

⁷⁹ L'arrêté interministériel du 11 mars 1968 précise que les dossiers terminés par les chiffres 100, 350, 600 et 850 sont conservés comme échantillon historique par le service des archives. Cet échantillonnage peut être enrichi qualitativement après concertation entre l'équipe de soin et l'autorité d'archives.

⁸⁰ V. Circulaire DHOS n° 2009-271 du 21 août 2009 relative à la communicabilité des informations de santé concernant une personne décédée ayant été hospitalisée dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé chargé d'une mission de service public.

⁸¹ Les dossiers médicaux, qui ont le caractère d'archives publiques au sens des dispositions de l'article L. 211-4 du code du patrimoine, sont librement communicables à toute personne qui en fait la demande une fois écoulés l'un ou l'autre des délais prévus par l'article L. 213-2 du même code, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, qui fixent les conditions dans lesquelles les informations concernant une personne décédée peuvent être délivrées à ses seuls ayants droit, n'étant alors plus applicables (CADA, Président du Conseil général du Finistère, conseil n° 20120223 du 26 janvier 2012).

⁸² CADA, 30 janvier 2025, avis n° 20248137

⁸³ CADA, APHP, avis n° 20227667 du 10 janvier 2023.

⁸⁴ CADA, APHP, avis n° 20227520 du 13 janvier 2023

Chapitre 3 – La demande de dossier médical



Une fois posé le droit du patient à accéder à ses données médicales, encore faut-il qu'il soit mis en œuvre de façon appropriée. Ceci dans l'intérêt du patient, mais compte tenu aussi de la vigilance qui s'impose à l'égard de données sensibles.

Le principe d'autonomie du patient trouve ici son application dans la faculté dont il dispose de déterminer en grande partie les conditions dans lesquelles il prendra connaissance de son dossier¹.

L'établissement y contribuera en informant les patients de la réglementation et des aspects pratiques de l'accès au dossier : cette information doit notamment faire l'objet d'un chapitre explicatif dans le livret d'accueil de l'établissement.

Bien informé de ces modalités, le patient pourra formuler sa demande de communication de telle sorte qu'il puisse y être donné suite dans les meilleures conditions.

Formalisme de la demande

Les conditions de communication du dossier médical sont précisées de façon détaillée par la HAS². De ses recommandations sont issues pour l'essentiel les indications qui suivent.

Les demandes de communication des informations médicales, notamment pendant le séjour à l'hôpital³, peuvent se faire oralement dans le cadre de la relation de soin⁴.

La communication du dossier fera cependant généralement suite à une demande formalisée par écrit.

La demande de communication doit être effectuée par la personne concernée, par son ayant droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité en cas de décès ou encore par la personne ayant l'autorité parentale, s'agissant du patient mineur. Pour les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la demande sera effectuée par la personne en charge de cette mesure.

Elle peut l'être le cas échéant par le médecin qu'une de ces personnes aura désigné comme intermédiaire.

Elle doit être adressée au responsable de l'établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et « *dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés* »⁵.

L'état de santé du demandeur ne peut à lui seul constituer un motif valable pour le priver d'accéder à son dossier médical⁶. Avant toute communication, le destinataire de la demande doit s'assurer de l'identité du demandeur, en exigeant de sa part la production des pièces en justifiant, y compris lorsque la demande est présentée par voie postale ou électronique⁷. Aucune demande ne peut être satisfaite sans certitude sur l'identité du demandeur⁸.

L'établissement doit s'assurer, en cas de doute, de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire.

Pour faciliter le traitement de sa demande, il est recommandé d'informer la personne que sa demande sera plus facile à honorer si elle précise d'emblée :

- son identité, en fournissant si besoin les pièces nécessaires pour qu'elle puisse être vérifiée (ainsi, en cas de demande de communication par voie postale, la photocopie recto verso d'une pièce d'identité) ;
- la nature de sa demande : ensemble du dossier ou partie du dossier correspondant à une hospitalisation particulière ou pièces spécifiques du dossier ;
- les modalités souhaitées de communication : envoi postal, communication sur place à l'hôpital, envoi postal à un médecin désigné.

Il revient à l'établissement :

- d'accuser réception de la demande par tout moyen⁹, même si elle est imprécise, et d'y donner suite avec la même diligence ;
- d'informer la personne des coûts liés à la reproduction dès la seconde demande et à l'envoi des documents, du fait de la nature et du volume du dossier¹⁰. En revanche, la première demande de reproduction est gratuite¹¹ ;
- de décrire et proposer l'accompagnement prévu par l'établissement (v. p. 48-49), pour les personnes qui le souhaitent ;
- d'indiquer si le médecin recommande la présence d'une tierce personne lors de cette consultation, recommandation que la personne n'est pas obligée d'accepter sans que ce refus porte préjudice à son droit d'accès.

Lorsque la personne n'a pas précisé dans sa demande les modalités de communication qu'elle souhaite, il est recommandé :

- de lui proposer de remplir un formulaire type, afin d'éviter à la fois les demandes imprécises et de mettre en évidence les différentes possibilités d'accès au dossier (mais l'usage d'un formulaire particulier ne peut constituer une condition à la communication, en présence d'une demande claire émanant de la personne concernée)¹² ;
- de décrire la procédure par défaut prévue par l'établissement, procédure qui s'applique en l'absence de précision ou en cas de non réponse du demandeur sur les modalités de communication.

Lorsque le médecin souhaite subordonner la consultation des informations à la présence d'un médecin (hypothèse qui doit rester exceptionnelle et limitée aux seules informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, v. chapitre 10), il convient :

- de demander au patient de désigner le médecin dont il souhaite être accompagné ;
- de lui préciser qu'il peut s'opposer à cet accompagnement, mais que dans cette hypothèse, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) sera saisie et que son avis s'imposera.

Le patient n'est pas tenu de justifier sa demande de communication¹³. Mais cette justification est en revanche obligatoire lorsque la demande est effectuée par l'ayant droit d'un patient décédé¹⁴.

Les informations peuvent être demandées à plusieurs reprises.

Si le décret du 29 avril 2002¹⁵ a abrogé les dispositions antérieures du code de la santé publique¹⁶ selon lesquelles, en cas de demandes répétitives, les établissements de santé ne pouvaient être « *tenus de satisfaire les demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique* »¹⁷, le dernier alinéa de l'article L. 311-2 du code des relations entre le public et l'administration prévoit expressément que « *l'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique* ». En revanche, lorsque le requérant demande l'accès à des documents complémentaires à ceux qui ont déjà été transmis, la demande ne peut être jugée irrecevable et doit être satisfaite¹⁸.

La circonstance qu'une demande écrite n'ait pas été rédigée par le patient lui-même ne fait pas obstacle à ce qu'elle soit satisfaite, si celui-ci y a expressément consenti en la signant personnellement¹⁹. Il en est de même si le demandeur ne peut, pour des raisons matérielles manifestes, répondre aux impératifs fixés par la réglementation (courrier adressé au directeur, etc.), mais que sa volonté peut s'exprimer autrement²⁰.

Lorsque l'établissement est saisi d'une demande de dossier médical (ou d'un document qui le compose) qu'elle ne détient pas, mais qui est détenu par un autre établissement de santé assurant le service public, il est tenu de transmettre cette demande à l'établissement concerné et d'en aviser l'intéressé²¹.

Si la personne a demandé un envoi, il est recommandé de préciser les points suivants dans la réponse accusant réception de la demande :

- le caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier, notamment vis-à-vis de tiers (famille et entourage, employeur, assureur, etc.) ;
- les coûts liés à la reproduction et à l'envoi des documents, du fait de la nature et du volume du dossier, dès la seconde demande de documents. En cas de nécessité, un second courrier sera adressé dans les meilleurs délais, présentant une estimation du coût prévisionnel de la reproduction, si le premier courrier ne l'a pas précisé ;
- la possibilité d'une consultation du dossier sur place, notamment quand le coût de reproduction est important, en recommandant ou non la présence d'une tierce personne. En cas de refus ou d'absence de réponse, les modalités retenues initialement par la personne seront suivies dans le délai prévu par la réglementation.

Refus de communication

Quel que soit le droit du patient à avoir accès aux informations médicales le concernant, l'établissement peut dans certains cas, pour des raisons légitimes, ne pas donner suite à sa demande.

Il peut s'agir des demandes considérées comme abusives ou encore quand l'établissement n'est pas détenteur des documents demandés (v. p. 28). De même, les informations concernant les tiers ne sont pas communicables.

Il peut être également fait refus à la demande de communication d'un dossier médical saisi par les autorités de justice (sur les documents juridictionnels, v. p. 36-37).

En cas de refus, la direction de l'hôpital doit :

- motiver sa décision ;
- indiquer au demandeur ses voies de recours possibles en l'invitant à saisir la CADA (voir chapitre 21 : En cas de litige).

Notes du chapitre 3

¹ Art. R. 1112-9, CSP

² HAS, Accès aux informations ..., préc.

³ La communication peut en effet aussi bien avoir lieu quand l'hospitalisation est achevée ou quand elle est en cours. CADA, Directeur du CHU de Rennes, avis n° 20052115 du 26 mai 2005.

⁴ HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 8

⁵ Art. R. 1111-1, CSP

⁶ CADA, avis n° 20151626, 4 juin 2015

⁷ 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. Le courrier de demande devra donc être accompagné en pièces jointes (documents photocopiés et scannés ou télécopiés) des copies des pièces d'identité justificatives.

⁸ HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 9

⁹ L'établissement devra conserver soigneusement la preuve de la date de réception (cachet de la Poste ou du vaguemestre de l'hôpital).

¹⁰ Art. R. 311-11, code des relations entre le public et l'administration (CRPA)

¹¹ Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), 26 octobre 2023, arrêt n°C307/22

¹² CADA, avis n° 20152099, 4 juin 2015

¹³ CADA, Directeur de l'EPSM de l'agglomération lilloise, avis n° 20051949 du 26 mai 2005. L'établissement ne peut refuser à un patient l'accès à son dossier médical en raison de l'utilisation qu'il pourrait en faire ou de le subordonner à des conditions relatives à cette utilisation. Ceci ne prive pas cependant l'établissement de pouvoir conduire toute action judiciaire appropriée au vu du comportement du demandeur et de l'usage qu'il fera de ces données médicales, ni de pouvoir le mettre en garde sur ce point ; CADA, Centre Hospitalier d'Arles - Joseph Imbert, avis n°20140064 du 13 février 2014

¹⁴ HAS, Accès aux informations ..., préc. p. 8

¹⁵ Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

¹⁶ Anc. art. R. 710-2-2, CSP

¹⁷ La CADA apprécie le caractère abusif des demandes, au cas par cas et non en considération du demandeur, selon des critères tels que:

- leur nombre et le volume de documents demandés ;
- leur caractère répétitif et systématique, notamment sur un même sujet ;
- la volonté de mettre l'administration dans l'impossibilité matérielle de les traiter ;
- la possibilité qu'a eu le demandeur d'accéder au document dans un passé proche ;
- l'existence d'un contexte tendu, voire de contentieux entre le demandeur et l'administration saisie ;
- le refus de ce dernier de payer les frais qui lui ont été demandés...» (v. Les demandes abusives, site www.cada.fr).

¹⁸ CADA, Groupe hospitalier universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences (GHU), Avis n°20192055 du 31 décembre 2019

¹⁹ CADA, Centre hospitalier public du Cotentin, conseil n° 20131764 du 25 avril 2013

²⁰ CADA, Directeur du Centre hospitalier de Cahors, conseil n° 20043200 du 22 juillet 2004 : une jeune femme majeure, tétraplégique, ne faisant l'objet d'aucune mesure de protection (tutelle ou curatelle, incapable de parler ou d'écrire, mais possédant « toutes ses facultés mentales », avait pu communiquer « en clignant des paupières, avec des mouvements de la bouche ou des regards », manifestant sa volonté d'accéder, elle-même, par l'intermédiaire de son père, à son dossier médical ;

CADA conseil n°20100416, 28 janvier 2010 : « En outre la commission relève que, si la mère de l'intéressée est dans l'impossibilité de procéder elle-même à la demande de communication de son dossier médical, il n'est pas établi qu'elle n'est pas en mesure de donner son consentement. Ce consentement peut être obtenu par tout moyen tels qu'un contact visuel ou un clignement d'œil dûment constaté devant témoins. »

²¹ CADA, Centre hospitalier Esquirol, avis n° 20142339, 3 juillet 2014

Chapitre 4 – Communiquer le dossier médical >>

Partager les informations recueillies sur les patients est une nécessité pour leur assurer des soins de qualité.

Les modalités concrètes de communication du dossier médical méritent une attention particulière. D'elles dépendra souvent la bonne information du patient, sur un support adapté, au moment où l'accès aux données est vraiment utile, à un coût acceptable et le cas échéant avec l'accompagnement nécessaire à une bonne compréhension.

La communication doit autant que possible s'inscrire dans une démarche de dialogue et d'empathie. Elle constitue en effet une modalité du devoir d'information.

Le droit à communication des informations est, de son vivant, réservé à la personne concernée (ou au titulaire de l'autorité parentale¹ ou du représentant légal le cas échéant) et à elle seule. Il lui revient d'exprimer elle-même sa demande, nul ne pouvant s'y substituer².

La communication : « directe » ou par un médecin intermédiaire

La loi du 4 mars 2002 a consacré le droit du patient, et à de strictes conditions de ses ayants droit (auxquels s'ajoutent à présent le concubin et le partenaire pacsé), de se voir communiquer « directement » le dossier médical : elle prévoit que le patient « *peut accéder aux informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'(il) désigne et en obtenir communication* »³. Il a ainsi été mis fin aux dispositions antérieures⁴ qui prévoyaient une communication du dossier par l'intermédiaire obligatoire d'un praticien désigné par le patient ou par l'ayant droit en cas de décès.

La désignation d'un médecin « intermédiaire »⁵ est ainsi devenue facultative, le choix éventuel appartenant au patient, au titulaire de l'autorité parentale ou au tuteur.

On notera cependant que dans tous les cas, la communication est matériellement effectuée par un médecin⁶, l'administration hospitalière ne devant pas communiquer « directement » le dossier au demandeur.

Si le patient souhaite prendre connaissance des informations sans l'accompagnement d'un médecin, le dossier ou les informations lui seront en tout état de cause communiqués par le médecin responsable de la structure concernée, par un membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet ou par le médecin responsable de la prise en charge du patient. A défaut, la communication sera effectuée par le ou les médecins désignés à cet effet par la commission médicale d'établissement⁷. Le rôle du médecin sera alors de contribuer à la communication exhaustive des documents, dans une présentation et selon un classement favorisant leur lecture.

Le patient pourra au contraire souhaiter un accompagnement médical dans le cadre d'une consultation sur place. Cet accompagnement lui permettra le cas échéant de bien comprendre la nature et la portée des informations et de recevoir des précisions supplémentaires.

Conformément à la déontologie médicale, le médecin devra remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuser si les siens sont en jeu⁸.

La CADA distingue en cette matière la demande du patient lui-même de celle de l'ayant droit en cas de décès. Sous réserve de certaines situations de soins psychiatriques sans consentement (v. chapitre 10), le droit du patient à accéder directement à son dossier est complet. En revanche, l'intermédiaire d'un médecin peut être proposé lorsqu'est jugé nécessaire un accompagnement médical pour faciliter la compréhension du dossier (notamment s'il existe un climat conflictuel au sein d'une famille⁹).

Consultation sur place ou envoi des documents

La communication peut donc s'effectuer, au choix du demandeur :

- soit par consultation sur place¹⁰ avec, le cas échéant, remise de copies de documents,
- soit par l'envoi de copies des documents.

Lorsque la demande est imprécise ou qu'elle n'exprime pas de choix quant aux modalités de communication, le détenteur des informations doit informer le demandeur des différentes modalités de communication réglementaires et lui indiquer celles qui seront utilisées à défaut de choix de sa part.

Si au terme du délai de 8 jours ou de 2 mois prévu par le code de la santé publique¹¹, le demandeur n'a toujours pas précisé sa volonté, le détenteur des informations doit les mettre à disposition sous la forme qu'il lui avait précédemment indiquée (art. R. 1111-3, CSP)

En cas de demande de consultation sur place, un rendez-vous doit être proposé au patient, avec un accueil personnalisé (sur le délai, v. p. 51-52).

Les copies doivent être établies sur un support analogue à celui utilisé initialement (CD Rom, copie de clichés, etc.) ou sur papier, au choix du demandeur. Elles seront réalisées dans la limite des possibilités techniques de l'établissement et sous réserve que la reproduction ne nuise pas à la conservation des documents. La loi du 12 avril 2000¹² autorise les demandeurs à solliciter la délivrance de tous les documents qui les intéressent sur un support informatique, à condition que la reproduction soit techniquement possible pour l'administration¹³.

L'établissement peut numériser des documents pour les transmettre sous ce format au patient ou à l'ayant droit qui les sollicite. Mais elle ne peut être tenue d'y procéder¹⁴, sauf pour le cas où elle est en mesure de produire le document par un traitement automatisé d'usage courant¹⁵.

La HAS souligne que « La communication du dossier à la personne répond souvent à une demande d'information, qui survient a posteriori (et qu') elle peut pallier un déficit antérieur d'information. Une attention particulière doit donc être consacrée à ce type de demandes lors de la communication du dossier. La présence ou la disponibilité d'un médecin peut permettre de répondre à cette attente, mais ne doit pas entraver le souhait de la personne de consulter directement son dossier. Pour ce faire, il est recommandé une consultation sur rendez-vous, qu'elle ait pour motif une demande de consultation du dossier, une demande de remise de copies du dossier ou une demande d'explications *a posteriori*. Elle doit être considérée au même titre qu'un autre acte médical, relevant des règles de la déontologie et de bonnes pratiques.

La finalité de cette consultation est de favoriser l'accès direct et la compréhension par la personne des informations la concernant. Elle ne peut être assimilée à un entretien de conciliation ou de médiation.

Quand la personne et l'établissement ou le professionnel de santé sont distants ou lorsque la personne ne peut se déplacer, il est recommandé de proposer l'accès au dossier par l'intermédiaire d'un médecin choisi par la personne. En cas de refus ou si cette proposition n'est pas retenue dans le

délaï prévu pour communiquer le dossier, la copie de ce dernier est envoyée directement à la personne, par LRAR ou par voie électronique sécurisée (cf. ci-après).

Quand la personne n'exprime pas de choix entre les différentes modalités de communication du dossier, il est recommandé qu'une consultation sur place avec accueil personnalisé dans le cadre d'un entretien médical soit proposé « par défaut »¹⁶.

En cas de consultation sur place, on proposera un dispositif d'accueil au sein du service ou de l'établissement, dans un espace adapté¹⁷. Les conditions devront permettre de préserver l'intégrité du dossier (éviter les vols, dégradations, falsifications, pages arrachées, etc.).

Dans le cadre d'une consultation accompagnée, l'établissement doit proposer un médecin qui pourra être présent ou sera disponible pour répondre aux éventuelles questions du demandeur. Idéalement, ce médecin sera celui qui a pris en charge la personne.

Dans le cas particulier de la présence d'une tierce personne lors de la consultation du dossier, à la demande de la personne ou du médecin, il convient d'informer :

- le demandeur du fait que la tierce personne aura connaissance d'informations strictement personnelles sur sa santé ;
- la tierce personne qu'elle est tenue de respecter la confidentialité des informations de santé de la personne qu'elle accompagne.

Si le demandeur souhaite la présence d'un tiers, mais ne peut pas désigner une personne dans son entourage, le recours à une personne qui n'a pas de conflit d'intérêts vis-à-vis des informations concernant sa santé (personne issue du milieu associatif, assistante sociale, médecin autre que le détenteur des informations auxquelles le demandeur souhaite avoir accès) peut lui être proposé, non seulement au moment de la consultation sur place du dossier, mais aussi lors du suivi éventuel.

Si la demande porte sur une copie de documents volumineux que l'hôpital n'est pas en mesure de reproduire aisément compte tenu de ses contraintes matérielles, le demandeur peut être invité à venir consulter les documents sur place et à emporter copie des seuls éléments qu'il aura sélectionnés. Si le demandeur maintient son souhait de recevoir copie des documents, l'hôpital est fondé à en échelonner l'envoi dans le temps et il doit dans ce cas convenir d'un échéancier de communication, en s'efforçant de ne pas dépasser un délai d'un mois, sauf impossibilité matérielle manifeste¹⁸.

En cas d'envoi d'une copie du dossier, la HAS recommande que le courrier d'accompagnement informe des difficultés possibles d'interprétation des informations, et le cas échéant, des conséquences que peut avoir sur la personne la révélation de certaines informations. Un accompagnement médical (la présence d'un médecin pour la consultation des documents) sera suggéré s'il paraît opportun¹⁹.

En cas d'envoi postal d'une copie du dossier ou de copies demandées après sa consultation sur place, il doit être envoyé par recommandé avec avis de réception, qui garantit au mieux la confidentialité. La rédaction d'un bordereau joint au dossier avec la liste des copies envoyées au patient est également souhaitable²⁰.

Lorsque l'envoi par courrier postal ou la consultation sur place n'est pas souhaitée par le demandeur (patient ou ayant droit), il est possible d'envoyer une copie du dossier médical via la plateforme sécurisée Dispose (à proposer en première intention) ou à défaut par messagerie électronique²¹.

- Envoi par la plateforme sécurisée Dispose :

Le dossier médical peut être adressé au patient par voie électronique via la plateforme sécurisée DISPOSE (<https://dispose.aphp.fr/>), dans le respect des CGU associées (https://dispose.aphp.fr/fss/public/branding/user-eula.htm#_Toc103004866). Un lien sera généré puis envoyé au patient pour qu'il puisse télécharger les documents :

- Les documents et liens devront être au préalable chiffrés avec un mot de passe solide qui devra être transmis au destinataire via un canal de communication distinct
- La durée de validité du lien devra être fixée à 5 jours maximum (attention l'outil Dispose prévoit 30 jours par défaut)
- Après ce délai, la personne qui a créé le lien de partage doit supprimer les documents partagés sur son DISPOSE.

- Envoi par Messagerie électronique :

L'envoi des éléments médicaux par messagerie électronique devra se faire avec prudence.

En cas de transmission du dossier médical par voie électronique, la CNIL recommande l'utilisation d'une plateforme sécurisée imposant une authentification multifacteur, mise en place après vérification de l'identité du destinataire et recueil auprès de lui de ses facteurs d'authentification (par exemple, un mot de passe et un numéro de téléphone mobile)²².

Lorsqu'une telle solution ne peut être mise en œuvre ou en cas de refus par le patient d'y recourir, la CNIL recommande que l'envoi se fasse par messagerie électronique dans une pièce jointe chiffrée dont le code de déchiffrement sera transmis par un autre canal, préalablement recueilli et vérifié (courrier postal, téléphone, texto, etc.).

Si le patient exige un envoi par messagerie électronique en clair (fortement déconseillé), l'établissement devra avertir l'intéressé des risques que présente cet envoi.

L'ensemble des échanges doivent être conservés et permettre de s'assurer que le demandeur consent à l'un des trois types d'envoi évoqués ci-dessus.

Si c'est un ayant droit qui formule la demande d'accès à des informations relatives à un patient décédé, la transmission par courriel ne peut être effectuée par l'hôpital que s'il dispose au préalable et de manière formelle de la preuve que cette personne a bien la qualité d'ayant droit et qu'elle n'a pas l'intention de porter tort à la mémoire du défunt (v. chapitre 5).

Enfin, pour rappel le patient a la possibilité de créer un compte sur le service en ligne de l'AP-HP « Portail patient » et sur l'application mobile « AP-HP Patient », ou encore sur « Mon Espace Santé » afin de pouvoir télécharger ses comptes rendus médicaux.

Délai de communication

La communication doit être effectuée dans des conditions de délai précises : dans les 8 jours à compter de la date de réception de la demande et au plus tôt après qu'un « délai de réflexion » de 48 heures a été observé²³.

Ce délai maximum pour la communication est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est saisie²⁴.

La CADA a précisé que le délai de 8 jours est applicable à toutes les demandes d'accès, qu'il s'agisse de demandes de consultation sur place ou de demandes de photocopie de dossiers. Dans les deux cas, « *il peut être compris comme le délai dans lequel l'établissement doit avoir répondu, soit pour fixer un rendez-vous, soit pour adresser la facture correspondant aux frais de reproduction* »²⁵.

Le Ministère de la santé rappelle dans sa circulaire de 2009 que « *tout retard pris pour communiquer un dossier est préjudiciable au demandeur et notamment, à celui dont la requête a pour objet de faire valoir ses droits auprès des instances judiciaires ou de recours amiable en vue d'une indemnisation, comme le cas survient fréquemment pour les victimes d'infections nosocomiales. Il importe donc que les établissements apportent la plus grande vigilance au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en la matière* »²⁶.

Tout retard pris pour communiquer un dossier médical est susceptible de caractériser une faute de nature à engager la responsabilité de l'AP-HP²⁷.

L'ANAES/HAS a recommandé, afin que chaque professionnel de santé puisse accéder le plus rapidement possible au dossier du patient, que le dossier soit unifié et couplé à un système d'archivage permettant instantanément de connaître sa localisation²⁸.

Accompagnement de la communication des informations

La possibilité d'accès « direct » aux informations médicales, prévue par la loi fait en sorte que la communication ne s'accompagne pas forcément d'explications, comme c'était le cas lorsque la communication était assurée par un médecin « intermédiaire ».

Les textes prévoient cependant des modalités d'accompagnement - facultatives ou obligatoires selon le cas - lors de la délivrance de l'information²⁹ :

- les établissements de santé doivent proposer un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant. En cas d'envoi de documents par courrier, un courrier d'accompagnement devra être joint et suggérer une consultation médicale en tant que de besoin. Le refus de cet accompagnement ne peut faire obstacle à la consultation de ces informations (art. L. 1112-1, CSP) ;
- pour la consultation de certaines informations, la présence d'une tierce personne peut être recommandée au demandeur par le médecin qui les a établies ou qui en est dépositaire. Cette recommandation ne présente aucun caractère impératif³⁰. Elle trouve notamment à s'appliquer lorsque qu'une prise de connaissance des informations sans accompagnement pourrait faire courir des risques à la personne concernée (art. L. 1111-7, CSP). La notion, large, de tierce personne, permet au patient de désigner toute personne de son choix. Lorsque la présence d'une tierce personne, lors de la consultation de certaines informations, est ainsi recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, celles-ci sont communiquées dès que le demandeur a exprimé son acceptation ou son refus de suivre cette recommandation (art. R.1111-4, CSP).
- Sur la communication des informations relatives à un patient soigné sans son consentement en psychiatrie (v. chapitre 10).

Un courrier d'accompagnement doit informer le patient des difficultés possibles d'interprétation des informations ainsi que, le cas échéant, des conséquences que peut avoir sur la personne la révélation de certaines informations³¹.

Facturation des frais de communication

L'article L. 1111-7 du code de la santé publique a prévu la gratuité de la consultation des documents médicaux lorsqu'elle est effectuée « sur place ». On entendra par-là : sur le lieu où les soins ont été donnés ou encore sur le lieu où sont conservés les documents.

Il est désormais établi par la jurisprudence que, lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, il a le droit d'obtenir gratuitement une première copie de son dossier médical auprès d'un établissement ou d'un professionnel de santé³², ceci au titre du RGPD.

En revanche, lorsque le demandeur renouvelle une demande de copie des documents, il revient à l'établissement de facturer ou pas cette nouvelle demande. Le cas échéant, la facturation pourra s'effectuer sur le fondement d'un arrêté du 1^{er} octobre 2001³³.

Pour le calcul de ces frais sont pris en compte, à l'exclusion des charges de personnel résultant du temps consacré à la recherche, à la reproduction et à l'envoi du document³⁴ :

- le coût du support fourni au demandeur ;
- le coût d'amortissement et de fonctionnement du matériel utilisé pour la reproduction du document ;
- le coût d'affranchissement, selon les modalités d'envoi postal choisies par le demandeur. Les frais autres que le coût de l'envoi postal sont établis dans des conditions fixées par arrêté conjoint du Premier ministre et du ministre du budget (arrêté du 1^{er} octobre 2001). Ils ne peuvent excéder les montants prévus par cet arrêté.

La CADA considère que les tarifs pratiqués, lorsqu'ils ne répondent pas à la réglementation applicable, doivent être assimilés à des refus de communication³⁵.

Pour autant, la rédaction du texte n'établit pas explicitement une obligation de facturation des frais, qui sera donc laissée à l'appréciation de l'établissement : cette précaution évitera la mise en œuvre systématique d'une procédure de facturation, lorsqu'est en jeu la remise d'un compte rendu ou de quelques documents.

Si le patient ou l'ayant droit peut solliciter, à titre gracieux, la remise gratuite d'une copie du dossier médical, il ne peut l'exiger, seule la consultation sur place, le premier envoi sur à une première demande ainsi que l'envoi du dossier sous format informatique par courriel étant obligatoirement gratuits³⁶.

Dès lors qu'il est décidé de facturer les copies de documents après la première demande du patient, la personne doit être avisée du montant total des frais à acquitter, afin de l'aider à prendre une décision sur sa demande de reproduction de tout ou partie de son dossier³⁷.

La communication peut être conditionnée à la perception des frais correspondants et l'établissement peut donc exiger le paiement préalable des frais³⁸.

En l'absence de paiement, le demandeur ne pourra exercer son droit d'accès que par consultation gratuite sur place. La finalité de la loi est en effet d'offrir une meilleure accessibilité du dossier médical et non d'offrir un droit illimité à la reproduction des documents médicaux³⁹.

À réception de la facture correspondant aux coûts de reproduction de son dossier, le patient peut modifier sa demande pour la limiter aux seuls documents qui lui sont nécessaires. En l'absence de précision de la part du requérant, c'est l'intégralité de son dossier qui doit être reproduit⁴⁰ ; étant entendu que cette intégralité ne s'étend pas à la communication des informations relatives aux tiers.

La HAS recommande de prendre en considération la situation personnelle des demandeurs démunis afin de leur permettre de faire valoir leur droit d'accès aux informations concernant leur santé⁴¹.

Tarifs applicables au sein de l'AP-HP

Les tarifs applicables au sein de l'AP-HP, fixés notamment par référence à l'arrêté du 1er octobre 2001 du Premier ministre et du secrétaire d'État au budget, sont les suivants :

Tarifs unitaires des copies :

- de 0,10 à 0,18 € par page de format A4 en impression noir et blanc ;
- 1,83 € pour une disquette ;
- 2,75 € pour un CD Rom ;
- 4,70 € pour un film 36x43 correspondant à un cliché de radiologie conventionnelle, IRM ou scanner.

Un tarif dégressif s'applique pour les copies des documents papier A4 :

- de 1 à 20 pages : 0,18 € ;
- de 20 à 100 pages : 0,15 € ;
- plus de 100 pages : 0,10 €.

Tarifs applicables au port :

- 0 à 20 copies : 5 € (recommandé) - 16 € (Chronopost) ;
- 20 à 50 copies : 10 € (recommandé) - 16 € (Chronopost) ;
- plus de 50 copies : 15 € (recommandé) - 19 € (Chronopost).

Remarques :

Ces tarifs doivent en tant que de besoin être indiqués au demandeur, afin d'éviter tout retard de communication et tout malentendu sur le montant des frais laissés à sa charge. Les frais laissés à la charge du demandeur ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

L'envoi d'un dossier intégral doit être effectué par courrier recommandé, sauf demande d'envoi par Chronopost ou un opérateur comparable.

Cessation d'activité du médecin

La cessation d'activité du médecin au sein de l'établissement ne doit altérer la communication indispensable des éléments transmissibles du dossier du patient : tant la continuité des soins que l'intérêt du patient et des ayants droit imposent d'assurer à la fois la préservation du dossier médical et la transmission des documents⁴².

Cette situation ne pose *a priori* pas de problème au sein des établissements publics de santé, car les médecins y exercent leur activité à titre salarié⁴³ et l'activité de soins se poursuit en principe après leur départ. Et, le médecin qui quitte ses fonctions ne peut emporter ses dossiers, qui doivent être conservés par l'établissement⁴⁴.

En cas de cessation de l'activité elle-même, l'établissement conservera les documents pendant la durée réglementaire (v. p. 162-163). Les informations seront alors communiquées selon le cas par le responsable de la structure médicale, si elle a été maintenue, « *par tout membre du corps médical*

de l'établissement désigné par lui à cet effet ou par le médecin (jusqu'à alors) responsable de la prise en charge du patient » (art. R.1112-1, CSP).

Le médecin peut consulter les dossiers après son départ, soit pour suivre dans un autre lieu un malade concerné par un dossier, soit dans le cadre d'une activité d'enseignement et de recherche.

Communication à un patient résidant à l'étranger

Les dispositions de la loi s'appliquent de façon générale à la communication du dossier médical sur le territoire national.

En cas de demande effectuée par un patient résidant à l'étranger de son dossier constitué à l'occasion d'une prise en charge hospitalière antérieure en France, il sera en tout état de cause fait application des règles de la déontologie médicale française pour la communication du dossier. Ceci, quelles que soient les règles applicables dans le pays dont le patient est résident.

Tout médecin doit en effet, « *à la demande du patient et avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins* » (art. R. 4127-45, CSP).

Les informations seront donc communiquées au patient lui-même - et à lui seul (sauf le cas des mineurs et majeurs protégés) - ou aux médecins ou mandataires qu'il aura désignés⁴⁵.

Pour les patients étrangers non-résidents français et décédés, la communication du dossier médical aux ayants droit devra aussi s'appuyer sur le droit des successions correspondant au pays d'origine du patient (v. chapitre 11).

Notes du chapitre 4

¹ Dans le cas du mineur : sous les réserves liées le cas échéant à des soins réalisés dans le secret à sa demande

² Sur les patients hors d'état d'exprimer leur volonté, v. p. 84-85. Sont notamment considérés comme « tiers » le conjoint et les membres de l'entourage.

³ Art. L. 1111-7, CSP

⁴ Loi n° 91-748 portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 ; Conseil d'Etat, 9 mars 1979, Fergat, n° 09184. Les dispositions antérieures à la loi du 31 juillet 1991 prévoyaient une communication par le seul médecin traitant, sur place à l'hôpital (art. 28, loi du 31 décembre 1970).

⁵ Le médecin « intermédiaire », si un tel médecin est désigné, doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 31. Les médecins du Service de santé des armées, bien que n'étant pas inscrits au tableau de l'Ordre, peuvent toutefois être également désignés) et ne pas faire l'objet d'une suspension d'exercice.

⁶ Art. R. 1112-1, al. 2, CSP « Les informations relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées, selon les cas, par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet ou par le médecin responsable de la prise en charge du patient. En l'absence de ce dernier, la communication est assurée par le ou les médecins désignés à cet effet par la commission ou la conférence médicale. »

« Seul un médecin est habilité à communiquer les informations contenues dans le dossier » (ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 50).

⁷ Art. R. 1112-1, CSP

⁸ Art. R. 4127-46, CSP

⁹ CADA, avis n° 20154426, 19 novembre 2015

¹⁰ On entendra par « sur place » sur le site de l'hôpital ou du groupe hospitalier dans lequel le patient a été pris en charge ou sur le site où le dossier a été conservé. En aucun cas, la consultation ne doit avoir lieu chez l'hébergeur de données auprès duquel les dossiers ont été le cas échéant « externalisés ».

¹¹ Art. L. 1111-7 et R. 1111-1, CSP

¹² Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

¹³ CADA, Mairie de Subigny, avis n°20201243 du 10 septembre 2020

Le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 a introduit dans le code de la santé publique une disposition comparable : « Dans le cas où les informations demandées sont détenues par un établissement de santé et si les dispositifs techniques de l'établissement le permettent, le demandeur peut également consulter par voie électronique tout ou partie des informations en cause » (art. R. 1111-2, CSP)

¹⁴ CADA, Secrétaire général de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, conseil n° 20104684 du 21 décembre 2010

¹⁵ CADA, avis n° 20151667, 7 mai 2015

¹⁶ HAS, Accès aux informations..., préc. p.11 (Décembre 2005)

¹⁷ Ibid.

¹⁸ CADA, avis n° 20131753 et 20131922, 14 mai 2013 ; CADA, conseil n° 20170844, 6 avril 2017 ; CADA, conseil n° 20162698, 22 septembre 2016 ; CADA, avis n° 20155553, 17 décembre 2015

¹⁹ Voir note 14 supra

²⁰ *Ibid.*

²¹ Art. R.1111-2, CSP : « dans le cas où les informations demandées sont détenues par un établissement de santé et si les dispositifs techniques de l'établissement le permettent, le demandeur peut également consulter par voie électronique tout ou partie des informations en cause. »

²² *Projet de recommandation de la CNIL, de mars 2025, relatif au Dossier patient informatisé (DPI)*

²³ *Ce délai de 48 heures, controversé, semble avoir fait suite principalement à une préoccupation exprimée par les professionnels quant à la prise de connaissance brutale d'une maladie grave.*

²⁴ *En cas de demandes concernant des patients hospitalisés sous contrainte pour troubles mentaux.*

²⁵ CADA, Centre hospitalier intercommunal d'Ambilly et de Bonneville, conseil n° 20033978 du 9 octobre 2003. On notera que la CADA, précise que « si la demande porte sur une copie de documents volumineux que l'administration n'est pas en mesure de reproduire aisément compte tenu de ses contraintes matérielles, celle-ci peut inviter le demandeur à venir consulter ces documents sur place et à emporter copie des seuls éléments qu'il aura sélectionnés. Si le demandeur maintient son souhait de recevoir copie des documents, et que la reproduction des documents n'exécède pas les possibilités techniques et les moyens de l'administration, celle-ci est fondée à en échelonner l'envoi dans le temps. Elle doit alors en aviser l'intéressé et, dans la mesure du possible, convenir avec lui d'un échéancier de communication » dans des conditions compatibles avec le bon fonctionnement de ses services (CADA, Préfecture du Val-d'Oise, avis n° 20131753 du 14 mai 2013 ; Mairie de Francheville, avis n° 20131922 du 14 mai 2013) ; La portée de cet avis doit cependant être rapportée au fait que la CADA se prononçait en l'espèce sur des documents qui ne relevaient pas d'un délai de communication imposé par la loi, comme c'est le cas pour les établissements publics de santé.

CADA, Ministère de la Justice, avis n°20210678 du 25 mars 2021

²⁶ *Circulaire DHOS/EI n° 2009-207 du 3 juillet 2009 relative aux délais de communication des informations de santé concernant une personne*

²⁷ *TA Paris, 26 octobre 2017 : les parents d'un patient mineur ont reçu communication du dossier médical de leur enfant plus de six mois après leur première demande de communication au directeur de l'hôpital.*

²⁸ *ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 16*

²⁹ *S'agissant de la communication d'un rapport d'autopsie à l'ayant droit d'un patient décédé, la CADA a ainsi estimé que l'établissement pouvait utilement « avertir la famille du caractère éventuellement douloureux de certaines mentions ou images contenues dans le rapport (...) et de l'intérêt, pour elle, de le lire, si elle le souhaite, en présence d'un membre du corps médical » (CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil n° 20123718 du 22 novembre 2012).*

³⁰ *Le refus par le demandeur de la présence d'une tierce personne ne peut faire obstacle à la communication des informations (art. L. 1111-7, CSP)*

³¹ *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*

³² *Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), 26 octobre 2023, arrêt n°C307/22*

³³ *Arrêté du Premier ministre du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif. En tout état de cause, la HAS recommande de se limiter au coût du consommable et de l'amortissement du matériel (HAS, Accès aux informations..., préc., p. 12).*

³⁴ *De même, le temps consacré par les personnels à la consultation des documents par le demandeur ne peut être facturé par l'établissement.*

³⁵ *CADA, Hôpital Marie Lannelongue, avis n° 20164876, 12 janvier 2017*

³⁶ *CJUE, 26 octobre 2023, arrêt n°C307/22*

La lecture combinée des articles 12 et 15 du RGPD confère le droit, pour le demandeur « d'obtenir une première copie à titre gratuit de ses données à caractère personnel faisant l'objet d'un traitement » et conforte la possibilité

pour le responsable du traitement, « sous certaines conditions, de facturer des frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs, ou de refuser de donner suite à une demande si cette dernière est manifestement infondée ou excessive ».

La CJUE conclut : « "S'agissant de données relatives à la santé de la personne concernée, ce droit inclut en tout état de cause celui d'obtenir une copie des données de son dossier médical contenant des informations telles que des diagnostics, des résultats d'examens, des avis de médecins traitants et tout traitement ou intervention administrés à celle-ci" ;

CADA, 3 juin 2010, avis n° 20102158, directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ;

CADA, avis n°20161863 du 9 juin 2016 : « La commission rappelle toutefois qu'en vertu de l'article L. 311-9 du code des relations entre le public et l'administration, l'accès aux documents administratifs s'exerce, (...) soit par consultation gratuite sur place, soit par courrier électronique et sans frais lorsque le document est disponible sous forme électronique »

³⁷ *Art. R. 311-11, code des relations entre le public et l'administration*

³⁸ *CADA, avis n° 20143224, 2 octobre 2014 ; CADA, avis n° 20151695, 21 mai 2015*

³⁹ *CADA, Centre hospitalier intercommunal d'Ambilly et de Bonneville, conseil n° 20033978 du 9 octobre 2003*

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *HAS, Accès aux informations ..., préc., p. 13*

⁴² *ANAES/HAS, Dossier du patient : amélioration..., préc., p. 61*

⁴³ *Sauf dans les cas d'activité libérale éventuelle pour les praticiens hospitaliers (voir chapitre n° 17)*

⁴⁴ *Conseil d'Etat, 11 février 1972, Cornette, Rec. p. 138*

Chapitre 5 – L'accès partagé entre professionnels et entre établissements >>

Partager les informations recueillies sur les patients est une nécessité pour leur assurer des soins de qualité : le dossier médical permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier de chaque patient ; il favorise « *la coordination des soins qu'impose l'évolution de l'organisation des soins, du fait du raccourcissement des durées de séjour, de la multiplicité des intervenants dans le processus de prise en charge, de la complexification des soins, de l'accroissement du risque iatrogène et du nombre d'intervenants, de la plus grande technicité des actes* »¹.

La médecine contemporaine s'exerce aujourd'hui souvent de façon collective, notamment à l'hôpital. Elle fait alors intervenir une « équipe de soins », partagée le cas échéant entre des équipes et des professionnels de différentes disciplines et qualifications, exerçant à l'hôpital, en ville et dans le secteur médico-social.

D'autres situations posent également la question du partage des informations. Tel professionnel, telle équipe ou tel service peut par exemple souhaiter accéder à des informations médicales pour une expertise, une recherche ou une enquête administrative.

Les textes prévoient désormais des possibilités d'échange et de partage d'informations sans l'accord préalable du patient, notamment dans le cadre de « l'équipe de soins ». Mais ceci dans des conditions strictes.

En effet, le partage ne doit pas permettre la divulgation anormale d'informations par nature confidentielles.

Secret partagé et secret collectif

La réglementation hospitalière a longtemps admis sans grandes restrictions la possibilité d'une communication du dossier aux autres services du même hôpital, de médecin à médecin². Une circulaire du 20 avril 1973 le formulait ainsi : « *le caractère collectif revêtu par le secret professionnel dans le cadre du service public hospitalier a pour conséquence de permettre la circulation du dossier médical... entre les différents services d'un même établissement* »³.

Cette conception très générale d'un secret partagé n'a cependant plus cours aujourd'hui.

La loi du 4 mars 2002, traitant notamment du secret dans le domaine de la santé, a introduit des dispositions qui encadrent la communication des dossiers médicaux entre professionnels.

Par exception au principe général imposant le secret, elle a ouvert la possibilité à deux ou plusieurs professionnels d'échanger des informations concernant une même personne, sauf opposition de celle-ci, dans le but d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible (notion de « secret partagé »).

Une présomption de consentement au partage d'informations a aussi été introduite⁴. En effet, **lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe** (notion de « secret collectif »)⁵.

Dans les deux cas, la possibilité d'un secret partagé ou celle d'un secret collectif ne s'oppose pas à ce que puisse demeurer un **secret absolu**, lorsque le patient a fait savoir ou laisse paraître à un professionnel déterminé ou à certains d'entre eux que les confidences qu'il leur a confiées leur sont exclusivement réservées et qu'ils doivent en être les gardiens intransigeants. Les informations ne peuvent dans ce cas être échangées.

L'équipe de soins : Règles communes

La loi « Santé » du 26 janvier 2016⁶ et à sa suite, deux décrets du 20 juillet 2016 et du 10 octobre 2016⁷ ont précisé et développé les dispositions applicables en la matière.

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique dispose désormais qu'un professionnel peut échanger ou partager avec un ou plusieurs « professionnels » identifiés (qui ne sont pas nécessairement professionnels de santé) des informations relatives à une même personne prise en charge, dans la **double limite** :

- « *qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* »,
- « *du périmètre de leurs missions* ».

La loi distingue les cas où les professionnels appartiennent ou n'appartiennent pas à une même « équipe de soins » et elle définit la notion d'« équipe de soins »⁸ (v. infra).

Le partage des données doit respecter les « *conditions (appropriées) de confidentialité et de sécurité* »⁹, tout particulièrement lorsqu'il s'effectue sur des supports informatisés.

Elle pose aussi des impératifs concernant l'information préalable du patient (et le cas échéant de la personne qui le représente) :

- L'obligation d'informer le patient de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant (ce droit pouvant être exercé à tout moment)¹⁰;
- Indépendamment du fait que le professionnel fasse partie de l'équipe de soin ou non, s'il entre dans la catégorie de professionnels listés par l'article R. 1110-2 du code de la santé publique qui ne sont pas des professionnels de santé, le patient doit toujours être informé du partage d'informations le concernant avec ce professionnel¹¹.

Cette information porte impérativement sur deux points :

- La nature des informations devant faire l'objet de l'échange, **et**,
- Soit l'identité du destinataire de l'information et la catégorie dont il relève, soit sa qualité au sein d'une structure bien définie.

Toutefois, « *lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical.* »¹².

L'équipe de soins : Les professionnels susceptibles de partager des informations médicales

L'article R. 1110-2 du code de la santé publique fixe la liste exhaustive des « professionnels » susceptibles d'échanger ou de partager des informations médicales dans le cadre de la prise en charge d'une personne et pouvant, à ce titre, accéder aux données figurant dans son dossier médical.

Le texte distingue deux catégories de professionnels¹³ :

- D'une part, les **professionnels de santé** dont la liste est fixée par la Partie IV du code de la santé publique. Il s'agit notamment des médecins, des sage-femmes, des pharmaciens, des infirmiers et des autres auxiliaires médicaux¹⁴, et ceci quel que soit leur mode d'exercice, salarié ou libéral ;
- D'autre part, les **professionnels autres que des professionnels de santé**, subdivisés en dix « sous catégories » :
 - 1) les assistants de service social ;
 - 2) les ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes, les aides médico-psychologiques (AMP) et accompagnants éducatifs et sociaux ;
 - 3) les assistants maternels et assistants familiaux ;
 - 4) les éducateurs et aides familiaux, les personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie ;
 - 5) les particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées (sont concernés principalement les accueillants familiaux rémunérés) ;
 - 6) les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) et les délégués aux prestations familiales ;
 - 7) les non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil sociaux ou médico-sociaux¹⁵ ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;
 - 8) les non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale départementale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention ;
 - 9) les personnels des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, des dispositifs spécifiques régionaux et des dispositifs d'appui intervenant dans le cadre de leur mission de coordination du parcours de santé de la personne concernée et spécialement habilités par les représentants légaux de ces dispositifs¹⁶ ;
 - 10) les étudiants en troisième cycle mentionnés aux articles R. 6153-1 (docteurs juniors), R. 6153-2 (internes) et R. 6153-93 du code de la santé publique¹⁷ (docteurs juniors et internes des hôpitaux des armées).

Ces dispositions permettent ainsi à certains professionnels des secteurs social et médico-social de se voir confier des informations couvertes par le secret médical. La volonté du législateur a été de décloisonner les prises en charge médicale et médico-sociale, et de prévenir les ruptures entre l'hospitalisation et l'accueil en EHPAD ou en structure médicalisée pour personnes handicapées par exemple. On notera que la liste réglementaire s'étend aux « non-professionnels de santé salariés des établissements » (sans davantage de précisions), et donc le cas échéant à des agents administratifs.

La liste des professionnels concernés est strictement limitative. Elle ne comprend pas les professionnels administratifs ou techniques des établissements de santé. Ces derniers ne peuvent donc pas échanger ou partager des informations d'ordre médical. Dans les situations où ces agents viendraient à en prendre connaissance, s'imposent à eux les dispositions générales relatives au secret professionnel¹⁸. La loi dispose en effet que « *le secret couvre l'ensemble des informations concernant*

la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé »¹⁹.

Le service du contrôle médical de la Sécurité sociale peut se faire communiquer, dans le cadre de sa mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé exerçant à titre libéral, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité. « *Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné (...)* » (art. R. 315-1-1, code de la sécurité sociale).

En revanche, les agents de l'administration fiscale ne peuvent avoir accès aux documents couverts par le secret médical et donc aux dossiers médicaux²⁰.

Les professionnels ayant cessé de prendre en charge un patient n'ont plus accès aux informations relatives à ce-dernier dans le cadre du secret partagé²¹.

L'échange d'informations ne peut s'effectuer qu'entre professionnels « identifiés », ceci excluant toute transmission d'informations à caractère général à l'attention d'interlocuteurs indifférenciés.

Seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi-médico-social du patient peuvent être partagée ou échangées. L'échange et le partage ne peuvent donc être autorisés pour des épisodes thérapeutiques sans lien avec la prise en charge effectuée par les professionnels concernés.

Chacun des intervenants a vocation à assurer la communication des documents qu'il détient au patient qui le sollicite, conformément aux dispositions déontologiques prévoyant dans ces situations que « *chacun des praticiens assume ses responsabilités et veille à l'information du malade* » (art. R. 4127-64, CSP).

L'équipe de soins : Modalités de communication

La notion d'équipe de soins est essentielle : elle permet aux professionnels qui la composent de pouvoir échanger des informations sur le patient, dans le cadre d'un secret collectif qui est réputé leur être confié, et donc sans être tenus au préalable de solliciter l'accord exprès du patient.

La loi prévoit en effet que « *lorsque (les) professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe* »²².

Ainsi, « *la qualification d'équipe de soins implique que les informations de la personne prises en charge sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins, sans nécessité de recueillir le consentement de la personne pour chacun des professionnels de santé impliqués. La personne doit en revanche être préalablement informée et peut toujours exercer son droit d'opposition* »²³.

La notion d'équipe de soins a été définie et élargie par la loi du 26 janvier 2016. Elle n'est désormais plus limitée au seul périmètre d'un établissement ou d'une structure considérée comme entité juridique. Elle peut par ailleurs être composée de professionnels qui ne sont pas des professionnels de santé.

Elle a « *vocation à être suffisamment souple pour permettre l'échange et le partage de données de santé dans le respect des droits des personnes concernées, entre des professionnels agissant au*

bénéfice d'une même personne, ne relevant pas uniquement du secteur sanitaire et pouvant intervenir en dehors des murs de l'hôpital»²⁴.

L'article L. 1110-12 du code de la santé publique définit l'équipe de soins comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* ».

Une équipe de soins peut relever de **trois situations** :

- soit un ensemble de professionnels se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- soit un ensemble de professionnels exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret²⁵ ;
- soit un ensemble de professionnels exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du 25 novembre 2016²⁶. Conformément à ce cahier des charges, cet ensemble comprend « au moins » un professionnel de santé et doit être formalisé, sans justifier la création d'une personne morale ad hoc²⁷. Les critères de qualification de l'équipe de soins dans cette hypothèse sont précisés dans l'arrêté du 25 novembre 2016, qui intègre plusieurs illustrations d'une équipe de soins (dans le cadre du programme « territoire de soins numérique », de l'activité de régulation médicale dite partagée (SAMU et régulation de la permanence des soins ambulatoire) ou dans le cas d'une équipe de soins transfusionnelle).

L'application de ce principe n'est toutefois pas dépourvue de limites, et des précautions doivent être prises.

En premier lieu, l'existence d'un secret collectif pour des informations « *réputées confiées à l'ensemble de l'équipe* » n'a pas pour effet de doter chaque membre de l'équipe de soins d'un droit d'accès sans limite aux informations détenues sur le patient.

Il n'y a là qu'une présomption d'accord du patient. Ainsi, la communication ne peut avoir lieu dans le cas où le patient a fait connaître d'une façon ou d'une autre à un ou plusieurs membres de l'équipe de soins, qu'il s'y opposait.

De même, lorsque le dossier ou des informations sont transmis entre professionnels, la confidentialité doit être assurée pendant le transport, ce que permet par exemple l'utilisation de pochettes opaques anonymes²⁸ ou encore l'utilisation de moyens de communication sécurisés.

L'accès de chaque professionnel est restreint aux seuls et stricts besoins résultant de la prise en charge. De plus, l'échange ou le partage d'informations doivent être circonscrits, par les professionnels concernés, au « périmètre de leurs missions » (art. R. 1110-1, CSP).

L'ANAES/HAS a par ailleurs précisé qu'en cas de transmission du dossier à un médecin du plateau technique amené à pratiquer une investigation sur le patient (médecin radiologue, pharmacien, etc.), ce dernier ne doit avoir accès qu'aux seules informations jugées pertinentes pour l'avis demandé ou les besoins de l'acte²⁹. Il est recommandé d'utiliser des formulaires spécifiques d'échanges de données médicales entre le service de soins et le plateau médico-technique, comportant une liste des documents accompagnant la demande.

Hors les cas mentionnés ci-dessus, la notion d'un accès aux informations qui serait « réputé confié » est exclue. Ainsi, notamment :

- La seule qualité de médecin ou de professionnel de santé n'ouvre pas de droit quelconque au partage d'informations ;
- Il en va de même *a fortiori* pour le personnel administratif de l'établissement ;
- Les personnes bénévoles n'ont pas accès au dossier médical et plus généralement aux informations médicales des patients qu'ils accompagnent et soutiennent³⁰ ;
- Il en est de même de la personne de confiance ayant pu être désignée par le patient.

Pour rappel, des modalités spécifiques de partage d'informations sont prévues lorsque des professionnels relevant de l'une des deux catégories citées à l'article R. 1110-2 (professionnels de santé et professionnels autres que des professionnels de santé, v. supra) souhaitent partager avec des professionnels qui relèvent de l'autre catégorie (selon le cas, un partage d'informations effectué par un professionnel de santé à l'intention d'un non professionnel de santé ou la situation inverse), des informations relatives à une personne prise en charge.

Dans ces situations le partage doit s'effectuer en se limitant aux « *seules informations strictement nécessaires à la coordination des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de la personne* » et dans la limite du périmètre des missions des professionnels concernés (art. R. 1110-1, CSP).

Les professionnels doivent informer préalablement de ce partage la personne concernée. Ils doivent tenir compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la HAS avec le concours des ordres professionnels³¹, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

Modalités de communication en dehors de l'équipe de soins

La loi prévoit que « *le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)* »³².

Il en résulte que les professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins mais relevant de la liste des professionnels habilités à partager des informations relatives à une personne prise en charge (art. R. 1110-2, CSP), peuvent accéder au dossier médical de cette personne, et plus généralement aux informations nécessaires à sa prise en charge.

Mais dans cette situation, **il est impératif de recueillir le consentement préalable de la personne concernée**. Ce consentement peut être recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, selon des dispositions précisées aux articles D. 1110-3-1 à D. 1110-3-3 du code de la santé publique³³.

- Le patient et, le cas échéant, son représentant légal, doit être dûment informé « *en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès* » ;
- L'information préalable du patient est attestée par la remise à celui-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, « *d'un support écrit, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information. Ce support indique les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information*

recueillie, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés» ;

- En cas d'impossibilité de recueillir le consentement du patient ou en cas d'urgence, « *le professionnel procède au recueil du consentement lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant. Il en est fait mention dans le dossier médical de la personne* » ;
- « *Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne. La prise en charge peut nécessiter une ou plusieurs interventions successives du professionnel* ».

En sus de ces dispositions, les dispositions spécifiques applicables dans le cas du partage d'informations entre professionnels et non-professionnels de santé s'appliquent là aussi³⁴. Ainsi, la loi impose qu'un professionnel relevant d'une de ces deux catégories citées à l'article R. 1110-2 (v. supra) qui souhaite échanger des informations relatives à une personne prise en charge³⁵ avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, est tenu d'en informer préalablement la personne concernée, en lui précisant³⁶:

- d'une part, la nature des informations devant faire l'objet de l'échange,
- d'autre part, soit l'identité du destinataire et la catégorie de professionnels dont il relève, soit sa qualité au sein de la structure où il exerce.

Il est enfin rappelé, conformément à la charte informatique de l'AP-HP, que l'utilisation de la messagerie sécurisée certifiée MS Santé est obligatoire pour tout **échange de données personnelles relatives à la santé** avec d'autres professionnels de santé en dehors de l'AP-HP. A défaut d'avoir une adresse de messagerie MS Santé, seul le service sécurisé Dispose (<https://dispose.aphp.fr/userportal/#/login>) peut être utilisé. Dans tous les cas il est formellement interdit, en raison de risque de violation de données (= violation du secret médical), de partager ou stocker des données personnelles de santé via les outils non sécurisés de type We Transfer, Gmail, iCloud, Google drive, WhatsApp ou autre.

Accès par les membres de la commission des usagers (CDU)

La loi du 26 janvier 2016 a modifié la dénomination de ces commissions et a élargi leurs compétences.

Les membres de ces commissions participent à l'élaboration de la politique menée dans un établissement notamment au regard de l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. En ce sens, il est prévu que la commission des usagers (CDU), dont la constitution est obligatoire dans chaque établissement de santé, soit informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement et des suites qui leur sont données. Cette commission comprend notamment des médiateurs et des représentants des usagers.

A cette fin, la loi précise que les membres de la CDU peuvent « *avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée* » (art. L. 1112-3, CSP).

Une stricte mise en œuvre de ces dispositions (retourner vers le patient réclamant pour solliciter de sa part un nouveau courrier exprimant son accord exprès) a été considérée par l'Assistance publique - hôpitaux de Paris comme un obstacle à un traitement optimal des réclamations et au bon fonctionnement des CDU. Il a été décidé, en concertation avec les représentants des usagers, d'aménager les dispositions du code de la santé publique en permettant aux membres des CDU d'accéder aux données médicales relatives à ces réclamations « sous réserve de la non-opposition sous quinze jours de la personne concernée, de ses représentants légaux ou de ses ayants droit si elle est décédée » (Guide AP-HP « Traitement des réclamations : éléments de procédure », point 6 page 14). L'accusé réception

adressé au réclamant à réception de sa réclamation donnera quinze jours au réclamant pour faire connaître une éventuelle opposition. A défaut de cette non-opposition, on procédera à l'anonymisation de la réclamation avant toute mise à disposition aux membres de la CDU.

La CDU est aussi informée de la survenue d'évènements indésirables graves et des actions menées par l'établissement pour y remédier.

L'article R. 1112-80 du code de la santé publique précise que « *Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et évènements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné* ».

De plus, les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal (art. L. 1112-3, CSP).

Outils de communication entre professionnels de santé

Les échanges d'informations par SMS ou par courriel entre professionnels de santé ne sont pas prévus et encadrés par la loi, de manière générale. Les seules obligations posées par le code de la santé publique sont :

- d'informer le patient des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès (art. D. 1110-3-1, CSP) ;
- que les échanges d'informations entre professionnels de santé soient tracés dans le dossier médical du patient, ou du moins qu'un compte rendu de ces échanges apparaissent dans le dossier du patient (art. R. 1112-2, CSP).

En tant que détenteur de données de santé, le professionnel de santé (soumis au secret professionnel) doit assurer la confidentialité et la sécurité des données personnelles qui sont échangées, dans le respect des règles mentionnées dans la charte informatique de l'AP-HP et le Guide pratique sur la protection des données personnelles, établi par la CNIL³⁷.

Pour échanger sur l'état de santé d'un patient, les médecins doivent privilégier l'usage de MS Santé, ou à défaut les outils sécurisés prévus dans la charte informatique de l'AP-HP : messagerie sécurisée Outlook de l'AP-HP (lorsque l'échange est intra AP-HP) ou Dispose. Il existe également des fonctionnalités sur Orbis spécifiquement dédiées à l'échange entre professionnels (ex. : fonctionnalité « demande d'avis », ou « note de service »), qui permettent d'échanger des informations sur l'état de santé du patient, de façon sécurisée et traçable.

En cas d'échanges via SMS, WhatsApp ou tout autre outil de ce genre (nonobstant le fait que ces échanges ne soient par principe pas autorisés par la charte informatique de l'AP-HP), il convient, a minima, de s'abstenir de citer les données identifiantes (nom et le prénom du patient), de minimiser au maximum les données de santé échangées et de supprimer les messages une fois transmis. Ces mesures de protection n'ont pas pour effet de justifier l'utilisation de tels outils, qui sont proscrits.

Chaque utilisateur restera responsable de la confidentialité attachée aux messages en cas d'incident (ex. : violation des données).

Communication d'informations médicales à l'administration hospitalière

Le principe est que les administrations hospitalières ne doivent pas être en mesure de prendre connaissance des informations médicales que contiennent les dossiers médicaux³⁸.

En raison de l'organisation et du fonctionnement du service hospitalier, l'administration hospitalière a cependant connaissance inévitablement de faits intéressant l'état de santé de certains malades, la nature des affections ou le siège des interventions, ne serait-ce que par le témoignage direct et volontairement détaillé qu'en délivrent certaines réclamations qui lui sont adressées. Une circulaire du 20 avril 1973³⁹ avait souligné dans cette perspective que « *le service public hospitalier est... indivisible et constitue un tout au regard des dispositions relatives au respect du secret professionnel* ».

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 (art. L. 1110-4, CSP) s'appliquent ici. Les faits qui, par la force des choses, sont révélés à l'administration hospitalière, ou dont elle prend connaissance d'une façon ou d'une autre, relèvent du secret professionnel. Les directeurs d'hôpitaux et leurs collaborateurs, dans ces circonstances qui s'imposent à eux sont tenus au secret le plus absolu, lorsqu'ils sont amenés à le partager.

Il a été jugé que :

- l'administration ne peut exiger d'un médecin que ce dernier lui communique des informations sur l'état de santé d'un malade⁴⁰,
- le personnel médical d'un établissement peut fournir des indications au personnel administratif sur l'état d'un malade, par exemple en vue de son transfert dans un autre établissement ou dans une unité de soins spécialisée, mais uniquement dans la mesure où ces indications sont nécessaires au fonctionnement normal du service public⁴¹.

Transmission du dossier à un praticien extérieur à l'équipe hospitalière

La continuité des soins rend souvent nécessaire la transmission d'informations médicales à un autre praticien, une autre équipe médicale ou un autre établissement de santé.

Le principe du libre choix par le patient de son praticien ou de son établissement ne peut être mis en œuvre dans des conditions normales que si les informations médicales sont mises, au moment requis, à la disposition des praticiens qui prennent en charge successivement (ou concomitamment) le patient.

Les demandes de transmission doivent donc être prises en compte avec toute la célérité appropriée. Ceci permettra d'éviter au patient des retards dans sa prise en charge, un examen médical non optimal faute de disposer de documents utiles, voire la répétition inutile d'examens de diagnostic.

La transmission des informations peut également répondre à la demande d'un patient désireux d'obtenir un « second avis » ou un avis complémentaire, sans nécessairement vouloir changer d'équipe médicale « traitante ».

La loi permet une liaison particulière entre le médecin qui prend en charge un patient dans le cadre d'une hospitalisation et le **praticien désigné par le patient ou sa famille** (son médecin traitant ou un autre médecin). Ce dernier doit être avisé de l'hospitalisation de son patient et doit être tenu informé des décisions essentielles concernant sa santé dans le cadre de son hospitalisation⁴².

Plus précisément, le praticien désigné par le patient hospitalisé ou sa famille doit être informé par lettre de la date et de l'heure de l'admission du patient, ainsi que du service concerné⁴³. Il doit également être invité à prendre contact avec l'équipe soignante et à fournir tout renseignement utile sur le patient.

En cours d'hospitalisation, le chef de service ou le médecin responsable de la prise en charge du patient communique au praticien désigné, si ce dernier l'a demandé par écrit, toutes informations significatives relatives à l'état du malade (art. R. 1112-6, CSP).

L'article R. 1112-4 prévoit que « *dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier [médical], cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou de la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne lorsque l'intéressé n'est pas apte à exprimer sa volonté. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office. En cas de décès du patient, l'accord est donné par ses ayants droit* ».

À la sortie de l'établissement, une lettre de liaison doit être remise au patient par le médecin de l'établissement ayant assuré sa prise en charge. Elle doit être transmise le même jour au médecin traitant, et le cas échéant au médecin qui a adressé le patient, par messagerie sécurisée ou par tout autre moyen assurant la confidentialité des informations (art. R. 1112-1-2, CSP).

Transmission à une autre équipe médicale de l'AP-HP

Au sein de l'AP-HP, comme dans tout établissement de santé quelle que soit sa taille, le secret collectif s'apprécie à l'échelon de l'équipe de soins et non à celui de l'établissement : les différentes équipes qui prennent en charge successivement le patient pour une même pathologie partagent, et elles seules, le secret des informations qu'elles utilisent collectivement.

L'accord exprès du patient n'est donc pas requis au sein de l'équipe de soins, tant que le partage d'information est effectué entre professionnels de la même catégorie mentionnée à l'article R. 1110-2 du code de la santé publique (professionnels de santé ou non-professionnels de santé).

Il revient aux professionnels concernés de prendre les initiatives appropriées (non-communication de certains documents), s'il s'avérait que la transmission de certains documents du dossier pourrait porter atteinte au secret de la vie privée du patient.

Rien ne s'oppose à ce que le dossier médical « original » suive le patient d'un site à un autre ou qu'il soit transmis à une équipe d'un autre site de l'AP-HP. Les documents pourront ainsi être adressés par le courrier interne AP-HP, par courrier postal, etc.

L'expérience montre toutefois qu'en pratique, le transfert du dossier médical original entraîne des risques de perte, voire de destruction. Pour cette raison, il est conseillé en particulier dans les cas où le patient est susceptible d'être pris en charge à nouveau dans son service d'origine, de conserver une copie du dossier médical.

Toute indication utile sur la détention du dossier et sur les conditions de sa remise à un autre hôpital ou groupe hospitalier doit être soigneusement conservée. On s'assurera ainsi de pouvoir aisément le localiser, pour les besoins éventuels du patient ou de sa famille. Bien entendu, l'équipe destinataire du dossier, lorsqu'elle est menée à le restituer (cas du transfert provisoire du patient dans un autre hôpital) doit y procéder en remettant à l'équipe qui l'a antérieurement transmis l'intégralité des documents et en respectant son classement.

De même, il est conseillé de tracer ce transfert de dossiers par un courrier signé par le nouveau détenteur et conservé par le précédent détenteur.

S'agissant du dossier informatisé, voir supra.

Accès dans le cadre de travaux de recherche

Lorsque la demande de communication d'un ou plusieurs dossiers médicaux est faite dans le but d'effectuer des travaux de recherche ou d'enseignement, la transmission ne peut se réaliser qu'en s'assurant au préalable de l'anonymisation ou pseudonymisation des informations, sauf si l'accord éclairé du patient a été obtenu au préalable⁴⁴. En effet, les personnes qui accéderont aux informations n'ont pas participé à la prise en charge et ne peuvent se prévaloir d'un secret collectif.

Selon la règle générale, le dossier hospitalier ne doit pas quitter physiquement l'établissement de santé.

Traçabilité de la communication

La HAS recommande de laisser dans le dossier une trace de l'accès consenti à un tiers extérieur à l'établissement. Il peut s'agir de l'original de la demande, d'une copie de la réponse adressée au demandeur, de l'inscription du mode de communication retenu avec la date de cette communication, de l'enregistrement des pièces fournies⁴⁵.

Bien qu'aucun texte ne le prévoie, on considérera qu'il convient de procéder de la même façon pour les demandes des patients eux-mêmes ou de leurs ayants droit.

L'encadrement « logiciel » de l'accès des professionnels de santé

Les règles relatives à l'accès des dossiers médicaux informatisés ne se distinguent donc pas de celles applicables aux dossiers « papier » : **Seuls les professionnels habilités, membres de l'équipe de soins, et prenant en charge le patient peuvent avoir accès aux données le concernant et ceci, pour les seules nécessités de sa prise en charge.**

- En d'autres termes, le principe est que le dossier d'un patient n'est accessible (i) qu'aux membres de l'équipe de soins qui le prend en charge (c'est-à-dire faisant partie de l'équipe de soin) et (ii) que dans la mesure où cela est strictement nécessaire à l'exécution de leurs missions.
- Tout autre accès est potentiellement illégitime et constitutif d'une violation du secret médical et d'une violation de données personnelles.
- L'utilisateur ne doit pas tenter d'accéder à des dossiers pour lesquels il n'est pas habilité, et même s'il est habilité, il ne doit accéder qu'aux seuls dossiers strictement nécessaires à sa mission.
- Il est par exemple interdit de consulter, en dehors de toute prise en charge, tout ou partie du contenu du dossier médical d'un proche, d'une personnalité publique ou d'un collègue.

Une politique d'habilitation par mot de passe au dossier informatisé est être mise en œuvre au sein de l'AP-HP :

- Chaque profil d'habilitation est précisément calé sur les besoins métiers afin de limiter l'accès aux seules données strictement nécessaires à l'accomplissement des missions. Il existe sur le dossier ORBIS plusieurs centaines de rôles différents précisément paramétrés pour tenir compte des différents besoins des professionnels (Mise à jour en permanence et arbitrage en instance « CADOPE⁴⁶ - Commission des Accès aux Données Patients et Echanges » si dérogation) ;
- Une fois entré dans le dossier du patient, la nature, le volume et le périmètre des données auxquelles un professionnel peut accéder va dépendre du rôle (ou « profil ») qui lui a été précisément attribué en amont (fonction, site, service, spécialité) ;

- Certains blocages techniques sont mis en place pour interdire les accès dépassant le périmètre des autorisations délivrées en amont (ex. blocage au-delà de 72h) ;
- En tout état de cause et même en l'absence de blocage technique, les utilisateurs doivent toujours respecter le principe du secret médical et la notion d'équipe de soins telle que précisée ci-dessus (accès aux seuls membres de l'équipe pour les besoins de la prise en charge) ;
- Le mode « bris de glace », qui permet d'accéder à une information à laquelle l'utilisateur n'a en principe pas accès. (ex : nécessité de l'accès immédiat à une information pouvant être vitale), peut être utilisé par certains professionnels (en fonction de leur profil) mais de manière exceptionnelle (et non par défaut) et le motif sélectionné pour accéder au dossier concerné doit être pertinent.

Toutes les connexions et actions (accès, lecture, modifications, suppressions, etc.) des utilisateurs sur un dossier patient informatisé sont tracées et peuvent être auditées (audits ciblés à la demande d'un patient ou audits aléatoires).

En cas de suspicion d'un accès illégitime, toute personne (agent ou patient) peut demander les traces des connexions (accès et actions) effectuées sur ce dossier.

Le traitement de ce type de demandes est réalisé par l'équipe de la Déléguée à la protection des données (DPO), que les patients ou agents peuvent directement contacter (boîte générique : dpo@aphp.fr). Une procédure et une gouvernance dédiée sont mises en place :

- Dès réception de la demande, les fichiers de « log »⁴⁷ ou des fichiers « journaux » sont analysés pour identifier les accès potentiellement illégitimes : l'équipe DPO instruit la demande avec les experts techniques ORBIS et le DIM puis analyse les traces et les compare avec les parcours patients.
- Les dossiers sont présentés lors de la 3CADP (Commission Centrale de Contrôle des Accès aux Dossiers patients, présidée par le DIM et la DPO), instance pluridisciplinaire qui arbitre de façon collégiale et préqualifie la légitimité des accès réalisés au sein de l'AP-HP sur un dossier patient.
- Si le ou les accès sont préqualifiés d'illégitimes par la 3CADP, un rapport est transmis par la DPO à la DRH / DAM du site d'affectation de l'agent avec copie à la Direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP) et directeur du GH concerné (+ doyen pour les internes).
- L'agent sera ensuite convoqué par sa direction (DAM ou DRH) pour se justifier et pourra être sanctionné, au niveau disciplinaire et/ou pénal et/ou ordinal.

Notes du chapitre 5

¹ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration...*, préc., p. 15

² Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, art. 38

³ Circulaire ministérielle n° 1796 du 20 avril 1973 relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publics

⁴ L. Morlet-Haïdara, *Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient*, RDSS 2016, p. 1103

⁵ Art. L. 1110-4, CSP ; v. aussi arrêt du Conseil d'Etat du 11 janvier 1972, *Sieur Crochette*

⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁷ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel ; décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

⁸ Art. L. 1110-12, CSP

⁹ Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

¹⁰ Art. L. 1110-4 al. 7, CSP

¹¹ Art. R. 1110-3 al. 1, CSP

¹² Art. R. 1110-3 al. 3, CSP

¹³ Art. R. 1110-2, CSP

¹⁴ Les professionnels de santé susceptibles de faire partie de l'équipe de soins sont ainsi les médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, préparateur en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière, infirmier ou infirmière, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, ambulanciers et, de façon moins immédiate à l'hôpital, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste, orthésiste pour l'appareillage de personnes handicapées.

¹⁵ *Établissements, services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du code de l'action sociale et des familles : établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans ; établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ; centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ; établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire (enfance délinquante) ; établissements ou services d'aide par le travail, de réadaptation, de pré orientation et de rééducation professionnelle ; établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ; établissements et services, y compris foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ; établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ; établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de*

soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les appartements de coordination thérapeutique ; foyers de jeunes travailleurs ; établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ; établissements ou services à caractère expérimental ; centres d'accueil pour demandeurs d'asile ; services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ; services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial ; services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles ; établissements et structures « de l'article L. 321-1 » gérés par une personne physique ou une personne morale de droit privé qui héberge ou reçoit des mineurs de manière habituelle, collectivement, à titre gratuit ou onéreux ; établissements et structures « de l'article L. 322-1 » gérés par une personne physique ou une personne morale de droit privé qui héberge ou reçoit des adultes de manière habituelle, à titre gratuit ou onéreux. Services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles et dont la liste est fixée par décret ; établissements « de l'article L. 321-1 » gérés par une personne physique ou une personne morale de droit privé qui héberge ou reçoit des mineurs de manière habituelle, collectivement, à titre gratuit ou onéreux.

¹⁶ Ajouté par le décret n° 2021-1048 du 4 août 2021 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé, art.1

¹⁷ Ibid.

¹⁸ On pense notamment au cas des secrétaires médicales

¹⁹ Art. L. 1110-4 I, CSP

²⁰ Conseil d'Etat, 13 mai 1998. Le Conseil d'Etat confirme une décision de la Cour administrative d'appel de Paris qui avait prononcé l'irrégularité d'une procédure d'imposition au motif que les documents qui avaient permis de contrôler la comptabilité du praticien en cause étaient couverts par le secret professionnel.

²¹ CADA, avis n° 20154207, 8 octobre 2015 : « un professionnel de santé n'intervenant plus dans la prise en charge d'un patient ne peut accéder aux pièces composant son dossier, tels que les comptes rendus opératoires, qu'à la condition d'avoir été mandaté à cet effet ».

²² Art. L. 1110-4 III, CSP

²³ Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique

²⁴ Ibid.

²⁵ Le décret d'application n°2016-996 est paru le 20 juillet 2016. Il établit, à l'article D. 1110-3-4 du code de la santé publique, la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-social qui peut constituer une équipe de soins.

Il s'agit notamment :

- des groupements hospitaliers de territoire,
- des fédérations médicales inter-hospitalière
- Lorsqu'ils ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes : les groupements de coopération sanitaire, sociaux et médico-sociaux, ainsi que les groupements d'intérêts publics et économiques,
- des maisons et des centres de santé,
- des sociétés d'exercice libéral et toute autre personne morale associant des professionnels de santé libéraux, lorsqu'elles ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes,
- des organisations mises en œuvre dans le cadre des protocoles de coopération prévus aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique
- des équipes pluridisciplinaires prévues à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles et les équipes médico-sociales intervenant au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à l'article L. 232-6 du même code,
- des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (renvoi à l'article L. 6327-2, CSP),

- des dispositifs spécifiques régionaux (renvoi à l'article L. 6327-6, CSP).

²⁶ Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique

²⁷ Ibid.

²⁸ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 29.

²⁹ Ibid.

³⁰ V. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (Bénévolat - Accès au dossier médical) : « En tant que représentant de la société, les bénévoles d'accompagnement exercent une fonction qui leur est spécifique ; à ce titre, ils ne font pas partie de l'équipe soignante mais collaborent avec elle dans une perspective de prise en charge globale de la personne accompagnée. Ils n'ont donc pas accès au dossier médical et ne prennent aucunement part aux décisions d'ordre médical. Ils ne participent pas aux staffs professionnels, sauf sur invitation ponctuelle ».

³¹ Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins « Echanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne », février 2017

³² Art. L. 1110-4-III, CSP

³³ Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

³⁴ Art. R. 1110-1 et s., CSP

³⁵ Art. R. 1110-3-1, CSP

³⁶ Art. R. 1110-3-1, CSP

³⁷ CNOM et CNIL, Guide pratique sur la protection des données personnelles, juin 2024

³⁸ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 36

³⁹ Circulaire SP 4 n° 1796 du 20 avril 1973 relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publique

⁴⁰ Conseil d'Etat, 9 novembre 1928, Sieur Bertrand

⁴¹ Conseil d'Etat, 15 mars 1946, Sieur Odilon Platon

⁴² Art. R. 4127-63 et R. 1112-6, CSP

⁴³ Art. R. 1112-6, CSP

⁴⁴ Art. R.4127-73 al. 3, CSP ; ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 52

⁴⁵ HAS, Accès aux informations..., préc., p.40

⁴⁶ Modalités d'action de la 3CADP et de la CADOPE en cours d'intégration dans le règlement intérieur de l'AP-HP (en annexes)

⁴⁷ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 36

Chapitre 6 – Quand le patient autorise un tiers à accéder à son dossier >>

Si le droit d'accès est en principe réservé au patient, celui-ci peut souhaiter que des tiers en prennent connaissance.

En effet, il peut juger ne pas être en mesure d'en faire usage lui-même dans les meilleures conditions et souhaiter le faire partager à un proche, considérer qu'un tiers pourra mieux défendre ses intérêts ou encore vouloir le mettre à la disposition d'un autre médecin. Dans ces différents cas, il reviendra au patient de désigner de façon expresse les tiers auxquels il accorde cet accès.

Le droit d'accès par un mandataire

Ce droit est prévu par l'arrêté du 5 mars 2004 qui dispose que « *les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient (...) dès lors qu'elle bénéficie d'un mandat exprès¹ et qu'elle peut justifier de son identité. La personne mandatée ne peut avoir de conflit d'intérêts et défendre d'autres intérêts que celui de son mandant* ».

Le Conseil d'Etat a confirmé cette disposition, en soulignant qu'« *aucune disposition du code de la santé publique ne montre que le législateur a entendu exclure ce droit d'accès par un mandataire, dès lors que le mandat est exprès et que la personne justifie de son identité* »².

Il résulte de ces dispositions que le patient peut désigner un membre de sa famille (conjoint, enfant), en tant que mandataire, mais aussi une personne hors de ce cercle telle qu'un avocat, un employeur, un banquier³. La CADA considère que les ayants droit ont également la faculté de désigner un mandataire pour accéder au dossier médical d'un patient décédé⁴.

En plus de la présentation d'un **mandat écrit**, le mandataire devra fournir :

- Une preuve de son identité ;
- Une preuve de l'identité de la personne qui l'a mandaté.

Par exception à la règle précitée, l'**avocat** mandaté par un patient ou un ayant-droit **n'a pas nécessairement à présenter un mandat écrit**.

En effet, il est de jurisprudence constante que l'avocat est réputé agir avec l'accord de son client lorsqu'il le représente devant les administrations publiques. Il n'a donc pas à justifier d'un mandat écrit⁵.

Toutefois, en cas de **doute sérieux** sur l'existence d'un mandat ou sur la représentation effective de l'avocat, il pourra être demandé à l'avocat de présenter un mandat écrit accompagné d'une preuve de son identité (carte professionnelle par exemple) et de celle de son client⁶.

Il est aussi possible à l'administration de s'assurer auprès du client directement que l'avocat qui l'a saisi agit bien à sa demande⁷.

Bien entendu, l'avocat ne peut avoir davantage de droits que son client et sa demande doit répondre aux critères des demandes de communication applicables au patient lui-même ou à ses ayants droit.

Il est recommandé de rappeler au client le caractère personnel des informations qui seront communiquées à la personne mandatée⁸.

L'accès par le mandataire de protection future

La loi du 5 mars 2007 a introduit dans notre droit la faculté pour toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles, de désigner un mandataire pour la représenter (art. 477, code civil ; « mandataire de protection future »)⁹.

Il en résulte que par acte sous seing privé, un mandant peut donner pouvoir à un mandataire de son choix d'avoir accès à son dossier médical le jour où ses facultés mentales ou physiques seront défaillantes. Toutefois, pour que ce droit d'accès puisse alors s'exercer, encore faut-il qu'il ait été expressément mentionné dans le mandat.

La loi prévoit une procédure précise pour l'exécution du mandat. Un médecin agréé, inscrit sur la liste ad hoc établie par le procureur de la République (liste disponible dans les tribunaux d'instance), doit examiner le patient mandant et établir un certificat médical constatant son inaptitude.

Le mandataire doit ensuite présenter au greffe du tribunal d'instance le mandat et le certificat médical. Si les conditions sont remplies, le greffier pourra apposer son visa. Le mandat fonctionnera alors comme une procuration.

L'accès par la personne de confiance

La personne de confiance, lorsque le patient en a désigné une, ne dispose pas ès-qualité du droit de recevoir communication du dossier médical.

La loi prévoit que cette personne, « *qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant* » est consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Son rôle est notamment d'accompagner le patient dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux, afin d'aider le patient dans ses décisions (art. L. 1111-6, CSP).

La loi prévoit ainsi la délivrance de certaines informations médicales à la personne de confiance par le médecin. Elle n'a cependant pas étendu le rôle de la personne de confiance jusqu'à lui permettre d'obtenir communication du dossier médical.

Avec l'accord du patient, la personne de confiance peut toutefois être destinataire de la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation (art. L. 1112-1 II al. 4, CSP).

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut cependant être recommandée par le médecin, en raison des risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée¹⁰. Lors de la consultation de son dossier, le patient pourra le cas échéant autoriser la présence à ce titre de la personne de confiance qu'il aura désignée.

La communication au médiateur médical

Ce point est évoqué p. 65-66.

La communication du dossier au médecin désigné par le patient

La loi a prévu que le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations médicales que l'établissement détient sur celui-ci (art. L. 1112-1 II, CSP).

Ce droit ne peut toutefois s'exercer qu'avec l'accord préalable du patient ou de l'ayant droit (si le patient est décédé)¹¹.

Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.

Cette transmission découle également de dispositions déontologiques : les médecins doivent en effet, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins¹²

Le patient souhaitant prendre connaissance de son dossier médical peut désigner par¹³ ailleurs un médecin « intermédiaire », auquel l'hôpital devra adresser directement le dossier (art. L. 1111-7, CSP). Le patient est libre de désigner le médecin de son choix, qui ne sera pas forcément son médecin traitant. Il pourra désigner plusieurs médecins.

Cette désignation sera écrite ou orale. Si elle est orale, trace devra en être conservée par l'hôpital, par exemple, par une mention au dossier administratif.

Le médecin désigné comme intermédiaire est tenu d'apporter une information « *loyale, claire et appropriée* », selon les termes du code de déontologie médicale.

Pour cela, il doit¹⁴ :

- prendre connaissance du dossier afin d'y discerner les informations qui peuvent être communiquées,
- ne pas communiquer, afin de respecter le secret médical, des informations médicales concernant des tiers, recueillies lors de la prise en charge du patient, mais ignorées de lui ou de ses ayants droit
- « traduire » les données médicales en une information intelligible, en s'assurant de la compréhension et de la satisfaction de son interlocuteur,
- délivrer les informations avec tact.

Conformément à l'article 46 du code de déontologie médicale (art. R.4127-46, CSP), le praticien qui accepte cette désignation comme « intermédiaire » ne doit avoir aucun intérêt propre à la consultation du dossier.

Il doit ainsi se récuser, sans avoir à s'en justifier, si l'accès au dossier met en jeu ses intérêts (médecin-expert ; dans certaines situations, lorsque le contexte est inapproprié : médecin membre de la famille, etc.).

Il ne peut notamment être médecin de la compagnie d'assurances du patient. Un échange direct d'informations entre médecin traitant hospitalier et médecin d'assurances, même avec l'accord du patient, ne peut être admis (v. p. 140-141)¹⁵.

La communication à un autre établissement

Lorsqu'une demande de copie de dossier émane par téléphone d'un autre établissement sanitaire ou médico-social (par exemple, un EHPAD), ayant en charge le patient, il doit être exigé de cet établissement qu'il adresse par courrier, télécopie ou message électronique une demande écrite mentionnant en en-tête le service demandeur.

Cette demande doit être accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité du patient et si possible, d'un document signé par lui de demande de transfert d'informations le concernant. Ceci permettra de vérifier que le patient est bien pris en charge dans le service demandeur.

La vérification de l'identité du demandeur étant effectuée et l'accord du patient confirmé, une copie du dossier peut alors être transmise au demandeur, l'original demeurant au sein de l'établissement où le dossier a été constitué¹⁶.

Notes du chapitre 6

¹ Un mandat général donnant pouvoir à une personne d'accomplir des actes au bénéfice d'un patient ne constitue pas le mandat exprès, légalement requis, d'accéder aux informations concernant la santé de celui-ci (CADA, Directeur de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Morbihan, avis n° 20103908 du 23 septembre 2010). La notion de mandat « exprès » renvoie à une formalisation, qui est au minimum celle d'un document écrit ; CADA, Centre hospitalier de Lannemezan, avis n°20213835 du 22 juillet 2021

² Conseil d'Etat, Conseil national de l'ordre des médecins, 26 septembre 2005, n° 270234

³ Cette question est motif d'inquiétude, car il n'est pas irréaliste de concevoir qu'un employeur ou un assureur puisse subordonner l'obtention d'un emploi ou d'un prêt à la délivrance d'un mandat par le patient, ou encore que des organismes fassent valoir systématiquement la possibilité de communication de son dossier par le patient et prévoient des pénalisations en cas de non-usage de cette liberté de désigner un mandataire. Ces préoccupations ne sont pas étrangères aux dispositions de l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale qui, en matière de dossier médical personnel (DMP, v. p. 152), prévoient que « l'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application. Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail ».

Sur l'impossibilité d'une transmission directe d'informations médicales à un assureur, v. p. 139-141.

⁴ CADA, Secrétaire général de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, conseil n° 20081938 du 19 juin 2008 ; CADA, avis n°20202819 du 29 octobre 2020

⁵ Conseil d'Etat, 5 juin 2002, n°227373, publié au recueil Lebon : « Considérant qu'aux termes du premier alinéa de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques : "Nul ne peut, s'il n'est avocat, assister ou représenter les parties, postuler et plaider devant les juridictions et les organismes juridictionnels ou disciplinaires de quelque nature que ce soit, sous réserve des dispositions régissant les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation et les avoués près les cours d'appel" ; qu'aux termes de l'article 6 de la même loi : "Les avocats peuvent assister et représenter autrui devant les administrations publiques, sous réserve des dispositions légales et réglementaires" ; qu'il résulte de ces dispositions que, sous réserve des dispositions législatives et réglementaires excluant l'application d'un tel principe dans les cas particuliers qu'elles déterminent, les avocats ont qualité pour représenter leurs clients devant les administrations publiques sans avoir à justifier du mandat qu'ils sont réputés avoir reçu de ces derniers dès lors qu'ils déclarent agir pour leur compte ; ».

Illustration : TA Châlons-en-Champagne, 22 novembre 2022, n°2100778

En ce sens, CADA, conseil n°20185934 du 24 janvier 2019

⁶ CADA, 3 février 2025, avis n° 20248388

⁷ CADA, avis n° 20081938 du 19 juin 2008 ; conseil n°20185934 du 24 janvier 2019

⁸ HAS, Accès aux informations concernant la santé d'un personne - Modalités pratiques et accompagnement décembre 2005

⁹ Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

¹⁰ Art. L. 1111-7, al. 3, CSP

¹¹ « Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès » (art. R. 1112-4, CSP).

¹² Art. R. 4127-45, CSP

¹³ Art. R. 4127-45, CSP

¹⁴ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 50

¹⁵ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 43*

¹⁶ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 52*

Chapitre 7 – Quand le patient est mineur ou majeur placé sous protection juridique >>

Prendre connaissance de son dossier médical est aujourd'hui un droit fondamental du patient. Il se fonde sur le principe d'autonomie, qui ouvre au patient le droit de savoir en toute transparence, afin de pouvoir valablement prendre les décisions concernant sa santé.

Mais le droit considère que dans certaines situations, liées à l'âge ou à des capacités physiques ou mentales amoindries, l'exercice d'une telle autonomie peut être illusoire et que pour prendre connaissance de ses données médicales, le patient doit être représenté. C'est ainsi qu'il prévoit des modalités de communication spécifiques pour les patients mineurs ou placés sous un régime de protection juridique (tutelle, habilitation familiale, curatelle, sauvegarde de justice ou mandat de protection future).

La communication du dossier du mineur

La loi précise que s'agissant d'une personne mineure¹, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale et par eux seuls². Il leur revient, et non au mineur, de formuler la demande de communication.

L'établissement doit vérifier si le demandeur est bien détenteur de l'autorité parentale (il produira à cet effet le livret de famille par exemple) ou à défaut, s'il est expressément mandaté par le titulaire de l'autorité parentale par mandat écrit. Si la personne requérante ne peut fournir aucune pièce justificative, il ne peut être donné suite à sa demande. On suggérera le cas échéant une prise de contact avec un parent justifiant sans ambiguïté de l'exercice de l'autorité parentale.

Une décision de justice définit parfois la situation juridique des parents à l'égard de l'enfant³. Elle devra être produite le cas échéant par le demandeur.

En cas de divorce ou de séparation, le parent qui n'a pas obtenu la garde de l'enfant conserve son droit d'accès si l'autorité parentale reste partagée⁴.

La CADA considère que « *le parent qui ne dispose plus de l'exercice de l'autorité parentale demeure titulaire de celle-ci au sens des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Seul le parent qui s'est vu retirer cette autorité en application des articles 378 et 378-1 du code civil doit être regardé comme étant privé de l'autorité parentale et, par conséquent, du droit d'obtenir la communication des informations médicales relatives à son enfant mineur* »⁵. Il en est de même lorsque le père non marié n'a pas fait avec la mère une déclaration conjointe d'exercice en commun de l'autorité parentale. Ou encore à l'égard d'une personne se prévalant d'un PACS ou d'une procédure d'assistance éducative auprès d'un juge des enfants.

Les grands-parents ne bénéficient pas d'un droit d'accès aux informations concernant le mineur, dès lors qu'ils ne détiennent pas directement l'autorité parentale sur lui. Ceci vaut même si les parents sont eux-mêmes mineurs⁶.

Le mineur ne peut *stricto sensu* demander à avoir directement accès à son dossier. Il n'y a de même pas lieu de rechercher son accord de principe lorsque ses parents en demandent la communication⁷.

Pour autant, la loi prévoit que le mineur a le droit de recevoir lui-même une information et de participer à la prise de décision le concernant d'une manière adaptée à son degré de maturité⁸. Il est donc souhaitable, en lien avec les titulaires de l'autorité parentale, qu'une attention particulière soit portée à une telle demande d'accès aux éléments du dossier. Elle sera l'occasion de compléter l'information délivrée au mineur, de lui apporter des explications supplémentaires, en fonction notamment de son âge. Sans lui communiquer à proprement parler les documents, il peut être très utile de reprendre avec lui les éléments de son dossier et leurs incidences sur sa future vie d'adulte⁹.

Un mineur émancipé dispose des mêmes droits qu'un patient majeur (art. L. 1111-5, CSP).

Dès lors que l'enfant est devenu majeur, les informations médicales le concernant ne sont plus communicables à ses parents¹⁰. Ceci, « *même pour des informations remontant à la période pendant laquelle leur enfant était mineur* », car ils sont désormais considérés comme des tiers¹¹.

La communication par l'intermédiaire d'un médecin

Comme pour toute communication de dossier, les parents peuvent demander qu'elle soit effectuée par l'intermédiaire d'un médecin.

La loi prévoit que, lorsque le mineur en fait personnellement la demande, l'accès par les titulaires de l'autorité parentale doit avoir lieu par l'intermédiaire d'un médecin : les informations sont alors, au choix du ou des titulaires de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'ils désignent ou consultées sur place en présence de ce médecin. La demande du mineur s'impose aux parents¹².

Lorsque les parents ne sont jamais intervenus lors des soins, lorsque l'âge, le contexte familial, la pathologie présentée paraissent le justifier, ou encore lorsque le mineur bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et de la couverture complémentaire¹³, il est recommandé de demander préalablement au mineur s'il souhaite cette communication par l'intermédiaire d'un médecin¹⁴.

Lorsque le mineur est soigné à l'insu de ses parents

Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de l'état de santé du mineur, du déroulement des soins qui lui sont dispensés et de toutes les décisions médicales le concernant. Ils ont donc en principe accès de plein droit à son dossier médical.

Ceci ne signifie pas qu'il n'existe pas de droit du mineur au secret médical, mais ce droit s'incline *a priori* devant les prérogatives de l'autorité parentale¹⁵.

La loi prévoit toutefois, dans des conditions restrictives, le droit du mineur à demander d'être soigné sans que ses parents en soient informés. Lorsque le mineur souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention qu'un médecin a accepté de mettre en œuvre dans ces conditions¹⁶, il peut s'opposer à ce que soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale (ou à l'un d'entre eux) les informations qui ont été constituées dans ce cadre. Le médecin doit alors faire mention écrite de cette opposition au dossier. La loi ne fixe aucune condition d'âge pour l'exercice de ce droit.

La HAS recommande que « *lorsque le mineur sollicite seul des soins, ou lorsque son âge, le contexte familial, la pathologie présentée paraissent le justifier, (...) le médecin l'informe de cette possibilité. L'objectif est de lui permettre d'accéder à des soins et d'instaurer une relation de confiance avec les professionnels de santé sans avoir la crainte que ses parents soient informés des constatations et des*

actes médicaux effectués. En effet, la perspective d'une révélation à ses parents du motif de son recours au professionnel de santé ne doit pas le dissuader de se faire soigner.

Mais le professionnel de santé doit essayer de convaincre le mineur de laisser ses parents accéder aux informations sur sa santé, notamment par l'intermédiaire d'un médecin, afin qu'un dialogue au sein de la famille soit maintenu ou repris, et que le mineur puisse bénéficier d'un soutien »¹⁷.

Le médecin saisi d'une demande de communication du dossier médical par un titulaire de l'autorité parentale dans ces circonstances doit donc s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure. Si en dépit de ces efforts, le mineur maintient son opposition, la demande ne peut être satisfaite tant que demeure l'opposition du mineur : l'hôpital doit refuser l'accès des titulaires de l'autorité parentale aux informations médicales visant le mineur¹⁸.

La CADA estime que si « *les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent obtenir la communication du dossier médical du patient mineur, le législateur n'a pas pour autant organisé un droit d'accès que le mineur pourrait, sans recours à l'autorité judiciaire, exercer, soit lui-même, soit en désignant un adulte ou un médecin de son choix* »¹⁹. Dans ce cas également, le mineur ne dispose pas d'un droit d'accès à son dossier.

Le droit d'opposition reconnu au mineur ne porte cependant que sur la communication des informations se rapportant à des soins sur lesquels il a souhaité garder le secret : il ne s'agit pas d'un droit portant sur l'ensemble des pièces contenues dans son dossier médical²⁰.

De même, un simple désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale ou entre le mineur et l'un des titulaires de l'autorité parentale ne saurait justifier, par lui-même, un refus de communication sur le fondement de ces dispositions. Par suite, un établissement de santé n'est pas fondé à prendre contact avec un mineur pour obtenir son consentement à la communication du dossier médical si le traitement ou l'intervention en cause n'avait pas été réalisé à l'insu des parents²¹.

Le dossier de l'enfant né dans le secret

Une personne née sous le secret et en quête de ses origines s'adressera parfois à l'hôpital où elle sait être née, afin d'obtenir des indications sur l'identité de sa mère et notamment son dossier médical. Elle souhaitera alors avoir l'accès à des informations la concernant qui se révéleront de fait mêlées à celles concernant sa mère : l'usage des services de maternité est en effet de constituer un dossier unique, en maternité, pour la mère et l'enfant, sauf si ce dernier présente une pathologie justifiant la constitution d'un dossier qui lui soit propre.

Les informations relatives au mineur et conservées par l'hôpital sont communicables jusqu'à l'âge de sa majorité aux seuls titulaires de l'autorité parentale et deviennent communicables au seul mineur lorsqu'il devient majeur.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux informations relatives à sa mère ou qui pourraient permettre au mineur l'identification de sa mère.

Les informations concernant la mère, qu'elles soient ou non conservées distinctement (dossier de grossesse, etc.), ne sont pas communicables à son enfant, car :

- elles constituent des documents « *dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) aux secrets protégés par la loi* »²² et qui concernent un tiers ;
- l'enfant ne peut prétendre à la qualité d'ayant droit, aucun lien de parenté n'étant constitué avec sa mère biologique.

La CADA est défavorable à l'accès du pupille ou de la personne adoptée à son dossier lorsque celui-ci ne comporte aucune mention indiquant que les parents avaient entendu renoncer à garder leur identité secrète²³ : en l'absence de précisions sur ce point dans les dossiers, la loi fait de la consultation du parent concerné un préalable obligatoire avant toute communication²⁴. Elle recommande aux services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance de tenter de prendre contact avec la mère avant de donner suite à une demande de communication portant sur un dossier ne comportant pas de renonciation expresse au secret²⁵.

Il ne peut en principe être donné suite à une demande de la mère visant à la communication de son propre dossier médical, ce dernier étant par définition anonyme et donc non rattachable à une personne identifiée.

La loi prévoit toutefois une collaboration de l'hôpital pour l'accès aux origines personnelles. Ainsi certaines informations non nominatives peuvent être communiquées au Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP)²⁶.

Dans le cadre de ces demandes, il paraît judicieux d'orienter la personne qui recherche des informations sur ses origines vers le CNAOP.

La communication du dossier du majeur sous protection juridique

S'agissant d'un majeur protégé, placé sous le régime de la tutelle, le tuteur disposait traditionnellement - et lui seul²⁷ - du droit d'accès aux informations médicales, tandis que le majeur sous curatelle pouvait en revanche y accéder seul²⁸. L'administration n'avait par ailleurs pas à exiger un accord préalable du majeur sous tutelle. Ces dispositions n'ont pas été confirmées par la loi du 4 mars 2002, qui ne fait pas expressément mention d'un droit du tuteur en la matière²⁹.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs **reconnait à la personne protégée le droit de prendre seule les décisions relatives à sa personne, dans la mesure où son état le permet**³⁰. L'accès au dossier médical est au nombre de ces mesures³¹.

L'ordonnance du 11 mars 2020³² est venue préciser le régime des décisions prises en matière de santé à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, en distinguant deux types de régime de protection (différent de la dichotomie classique tutelle/curatelle)³³:

- Lorsque le majeur protégé fait l'objet d'une mesure de protection juridique par laquelle il est **représenté pour les actes relatifs à sa personne** (ex : tutelle à la personne, habilitation familiale selon le cas, sauvegarde de justice selon le cas) : les informations médicales sont délivrées à la personne chargée de sa protection **dans les mêmes conditions que le majeur protégé**.
Il n'est donc pas nécessaire de recueillir l'accord du majeur protégé lorsque la personne qui le protège demande la communication de son dossier médical.
Toutefois, si le majeur protégé exprime un refus de communication de son dossier médical à la personne chargée de sa protection, de manière libre et éclairée, alors le juge des tutelles devra être saisi et tranchera pour l'un ou pour l'autre en fonction de la situation d'espèce³⁴.
- Lorsque le majeur protégé fait l'objet d'une mesure de protection juridique par laquelle il est **assisté pour les actes relatifs à sa personne** (ex : curatelle selon le cas, habilitation familiale selon le cas) : des informations médicales peuvent être délivrées à la personne chargée de sa protection, **uniquement avec l'accord préalable du majeur protégé**.

Il est donc **impératif** avant toute décision ou communication, de **prendre connaissance du jugement** du juge des tutelles qui précisera le régime de protection mis en place. Si la mention de représentation

ou bien d'assistance pour les actes relatifs à la personne n'est pas expressément prévue dans le jugement, les dispositions précitées ne peuvent pas s'appliquer.

Par exemple, un jugement de tutelle peut prévoir expressément que le majeur protégé soit représenté par une personne physique déterminée pour les actes relatifs à sa personne. Si cela n'est pas prévu dans le jugement, alors le tuteur désigné par exemple pour prendre en charge les biens du patient ne pourra pas accéder à son dossier médical.

Pour rappel, il existe différentes mesures de protection pour les personnes vulnérables : la tutelle, l'habilitation familiale, la curatelle, la sauvegarde de justice et le mandat de protection future³⁵.

Le régime de la tutelle et de l'habilitation familiale sont des régimes qui prévoient des missions de représentation pour la ou les personnes chargées de la protection du majeur. Ces missions peuvent porter soit sur ses biens, soit sur sa personne, soit sur les deux³⁶.

A l'inverse, le régime de la curatelle va prévoir des missions d'assistance, permettant au majeur protégé d'être accompagné tout en lui accordant davantage d'autonomie que pour la tutelle ou l'habilitation familiale³⁷.

Le régime de la sauvegarde de justice est une mesure spécifique puisqu'elle a vocation à être de courte durée (maximum 2 ans). Le juge peut désigner un ou plusieurs mandataires spéciaux pour accomplir des actes précis de représentation ou d'assistance. Pour les personnes dont les facultés sont gravement atteintes, la sauvegarde de justice est une mesure immédiate en attendant la mise en place d'une tutelle, d'une habilitation familiale ou d'une curatelle³⁸.

Le mandat de protection future est un outil alternatif qui ne nécessite pas l'intervention du juge des tutelles, contrairement aux mesures précitées³⁹. Il permet au majeur protégé, lorsqu'il est encore en pleine capacité de contracter, de prévoir un régime de protection lorsqu'il ne sera plus en mesure de le faire. Ce mandat précise le régime souhaité, portant sur son patrimoine et/ou sa personne, et désignant la ou les personnes qui seront chargées de cette protection. Lorsqu'un patient faisant l'objet d'un mandat de protection future est pris en charge à l'hôpital, il conviendra de prendre connaissance de ce mandat avant toute décision ou communication du dossier médical.

Lorsqu'un patient qui n'est pas sous mesure de protection juridique est dans l'impossibilité de demander lui-même la communication de son dossier médical ou de désigner un mandataire, la demande de protection juridique permettra le cas échéant à la personne désignée pour le représenter pour les actes relatifs à sa personne, d'accéder au dossier médical du patient.

Le patient hors d'état d'exprimer sa volonté

Le dossier médical d'un patient ne peut être communiqué à ses proches sans son accord, même lorsque son état de santé lui interdit d'exprimer sa volonté. Si cet état tend à se prolonger, la famille n'a d'autre solution que d'introduire une action pour faire ouvrir une mesure de protection juridique en application de l'article 440 du code civil⁴⁰.

Ainsi, s'agissant d'un patient en état de coma dépassé, la CADA a confirmé que tant que le patient n'était pas décédé, les proches n'avaient pas la qualité d'ayants droit et ne pouvaient pas bénéficier des dispositions de l'article L. 1110-4 donnant sous conditions un droit d'accès aux ayants droit⁴¹. Il ne peut donc en aller différemment que si le patient avait fait préalablement l'objet d'une mesure de tutelle. Dans cette hypothèse, le droit d'accès est exercé par le tuteur⁴².

Comme cela a été indiqué, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique n'a pas la qualité pour accéder aux informations médicales relatives à la personne qui l'a désignée.

En revanche, le code de la santé publique admet **qu'en cas de diagnostic ou de pronostic grave**, la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance peuvent recevoir les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter **un soutien direct**⁴³ au patient, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations⁴⁴.

En outre, la CADA a considéré que le patient peut donner son consentement à la communication de son dossier à une personne qu'il désigne par des manifestations autres que verbales ou écrites (exemples : contact visuel ou clignement d'œil dûment constaté devant témoins)⁴².

Notes du chapitre 7

¹ Ces dispositions concernent tous les mineurs, jusqu'à l'âge de leur majorité. La notion de « grand mineur » n'a pas de réalité juridique en cette matière, en dehors du droit des mineurs de « recevoir eux-mêmes une information d'une manière adaptée à leur degré de maturité » (art. L. 1111-2, CSP).

² Art. L. 1111-7, CSP. Ceci quelle que soit la composition du foyer dans lequel vit l'enfant : CADA, Conseil n°20135073, 30 janvier 2014. En cas de divorce ou de séparation, le parent n'ayant pas obtenu la garde de l'enfant conserve son droit d'accès si l'autorité parentale reste partagée. Le parent dont l'enfant fait l'objet d'une mesure de placement conserve son droit d'accès, sauf s'il a été privé de son autorité parentale (CADA, Directeur du Centre hospitalier de Châlons-en-Champagne, conseil n° 20074488 du 22 novembre 2007 ; CADA, Conseil n°20150493, 19 mars 2015 ; CADA, Conseil n°20171051, 6 avril 2017)

Le droit à communication bénéficie aux deux parents titulaires de l'autorité parentale et le mineur hospitalisé à l'initiative de l'un d'entre eux ne peut s'opposer à la communication des informations à l'autre titulaire de l'autorité parentale (CADA, avis n°20103828 du 23 septembre 2010, Directeur du Centre hospitalier Montperrin/ CADA, Avis n°20205133, 11 février 2021).

La CADA a également indiqué que lorsque le juge des enfants a confié un mineur à un tiers digne de confiance dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative, les parents continuent, en application des dispositions de l'article 375-7 du code civil, d'exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. En principe, la personne désignée tiers digne de confiance en vertu de l'article 375-3 du code civil n'a donc pas accès, en cette seule qualité, au dossier médical du mineur qui lui a été confié (CADA, Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger, conseil n°20130367 du 20 juin 2013).

³ Par exemple un jugement de divorce, CADA Directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (hôpital de la Timone), avis n°20065127 du 23 novembre 2007 ; CADA, Avis n°20172100 du 21 juillet 2017

⁴ CADA, Directeur du Centre hospitalier de la région de Saint-Omer, avis n°20081303 du 3 avril 2008 ; Directeur du Centre hospitalier Georges-Daumezon de Fleury-les-Aubrais, avis n°20082090 du 22 mai 2008). CADA, Avis n°20205133 du 11 février 2021

⁵ CADA, Avis n°20142924 du 18 septembre 2014 ; Avis n°20172100 du 21 juillet 2017

⁶ CADA, Directeur du Centre hospitalier René Dubos, avis n°20103989 du 14 octobre 2010. Les parents mineurs d'un enfant doivent être regardés comme détenant et exerçant l'autorité parentale sur ce dernier. Les grands-parents, bien qu'ils représentent légalement le père ou la mère, ces derniers étant eux-mêmes mineurs, n'ont pas vocation à l'exercer en leur nom et n'ont aucun droit d'accès au dossier médical de l'enfant.

⁷ CADA, Avis n°20205133, Maison d'enfant Germaine du 11 février 2021

⁸ Art. L. 1111-2, CSP et 371-1, code civil modifié par la loi n°2024-120 du 19 février 2024

⁹ HAS, Accès aux informations ..., préc

¹⁰ CADA, DDASS de l'Isère, conseil n° 20054024 du 6 octobre 2005

¹¹ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 42

¹² Art. L.1111-7, CSP ; ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p.41

¹³ Art. L. 1111-5, CSP

¹⁴ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p.42

¹⁵ Outre le cas prévu à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, les mineurs ne peuvent pas opposer le secret médical aux titulaires de l'autorité parentale conformément à l'article L. 1111-7

¹⁶ Art. L. 1111-5 et L. 1111-5-1, CSP

¹⁷ Art R. 1111-6, CSP

¹⁸ HAS, *Accès aux informations ...*, préc., p. 13 : « Saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale alors que la personne mineure s'est opposée à la communication, le médecin doit s'efforcer de vérifier avec cette dernière la constance de cette volonté et de l'amener à prendre en compte les éléments susceptibles de modifier ce choix. Ce n'est que dans la situation où, en dépit de ces efforts, le mineur maintient son opposition que la demande du titulaire de l'autorité parentale ne pourra être satisfaite ».

¹⁹ CADA, Conseil n°20194331, 12 mars 2020

²⁰ CADA, CDES du Rhône, conseil n°20022817 du 11 juillet 2002. Il en est de même dans le cas où le patient mineur bénéficie à titre personnel de la couverture maladie universelle (CMU), à la suite d'une rupture des liens de famille avec les titulaires de l'autorité parentale (CADA, conseil n°20121015 du 22 mars 2013, Directeur du Centre hospitalier de Versailles); CADA, Centre hospitalier de Rambouillet, avis n°20212421 du 31 mai 2021

²¹ CADA, Avis n°20212421 du 31 mai 2021

²² Art. L 311-5, code des relations entre le public et l'administration

²³ CADA, Rapport d'activité 2002, p. 3; CADA, Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP), avis n°20184656 du 20 décembre 2018

²⁴ Loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002

²⁵ CADA, conseil n°20022103 du 13 juin 2002, Président du Conseil général de Saône-et-Loire.

²⁶ L'article L. 147-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « (...). Les établissements de santé et les services départementaux ainsi que les organismes autorisés et habilités pour l'adoption communiquent au conseil national (CNAOP), sur sa demande, copie des éléments relatifs à l'identité des personnes mentionnées aux alinéas qui précèdent ainsi que tout renseignement ne portant pas atteinte au secret de cette identité, et concernant la santé des père et mère de naissance, les origines de l'enfant et les raisons et circonstances de sa remise au service de l'aide sociale à l'enfance ou à un organisme autorisé et habilité pour l'adoption (...) ». Modifié par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022

²⁷ L'ANAES/HAS, dans ses recommandations de bonne pratique publiées en 2003, indiquait que « le tuteur d'un majeur sous tutelle bénéficie de modalités d'accès identiques à celles d'un patient majeur non protégé » (ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 49). CADA, conseil n°20024756 du 5 décembre 2002, CH Auban-Moët d'Épernay

²⁸ La CADA, considérant que le curateur ne peut représenter le majeur sous curatelle que pour la perception de ses revenus et le règlement de ses dépenses, estime qu'il n'a pas la qualité pour accéder au dossier médical de ce dernier. Le majeur sous curatelle peut donc adresser lui-même sa demande et accéder directement à son dossier médical (CADA, DDASS du Finistère, conseil n°20031880 du 24 avril 2003); CADA, Centre hospitalier d'Erstein, avis n°20183664 du 25 octobre 2018

²⁹ Art. L. 1111-7, CSP

³⁰ Art. 459 al 1, code civil

³¹ CADA, Avis n°20216677, 13 janvier 2022

³² Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique

³³ Art. L. 1111-2 et L. 1111-7, CSP

³⁴ Art. 459 al. 2, code civil

³⁵ Art. 425 à 494-12, code civil

³⁶ Sur l'habilitation familiale, art. 494-1 à 494-12, code civil

³⁷ Sur la tutelle et la curatelle, art. 440 à 476, code civil

³⁸ *Sur la sauvegarde de justice, art. 433 à 439, code civil ; Art. 1243 à 1252-1, code de procédure civile*

³⁹ *Sur le mandat de protection future, art. 477 à 494, code civil*

⁴⁰ *CADA, Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes La Roselière de Calais (EHPAD 62), conseil n°20131451 du 14 mars 2013*

⁴¹ *CADA, Avis n°20210335 du 4 mars 2021*

⁴² *CADA, Conseil n°20191921, Centre hospitalier de Bailleul, 27 juin 2019*

⁴³ *Art L. 1110-4, V, al. 2, CSP ; La CADA considère comme un soutien direct "la prise en charge par une assurance des frais médicaux et d'hospitalisation" (CADA, Conseil n°20091755 du 18 juin 2009), "la recherche d'une structure adaptée à l'état de santé d'un patient" (CADA, Avis n°20191921 du 26 juin 2019).*

⁴⁴ *Art L. 1110-4, V, al. 2, CSP*

⁴² *CADA, Centre hospitalier de Bailleul, Avis n°20191921 du 27 juin 2019*

Chapitre 8 – La communication des informations génétiques >>

Un examen des caractéristiques génétiques (appelé plus communément test génétique) effectué dans un cadre médical peut apporter des informations importantes sur la santé passée, actuelle ou à venir d'un patient et de sa famille. En raison de l'impact qui peut en résulter, les informations issues du test génétique sont des données particulièrement sensibles.

La législation bioéthique prévoit des précautions particulières pour la délivrance des informations au patient et à sa famille. Depuis 2011, puis 2021, elle comprend une obligation d'informer la famille de la personne qui se soumet à un examen de ses caractéristiques génétiques¹.

Cette loi prévoit ainsi des précautions quand ces informations doivent être délivrées au patient ou à sa famille.

Seul le prescripteur (médecin ou conseiller en génétique) de l'examen des caractéristiques génétiques est habilité à communiquer les résultats de cet examen à la personne concernée, aux titulaires de l'autorité parentale, s'agissant d'une personne mineure, ou à la personne chargée de la mesure de protection, s'agissant d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne². Le conseiller en génétique est habilité uniquement dans le cadre d'un protocole formalisé avec le médecin généticien.

La prescription d'un examen des caractéristiques génétiques peut être effectuée pour un patient présentant un symptôme ou une expression d'une maladie génétique comme pour une personne asymptomatique ou sans expression de la maladie. Dans ce deuxième cas, la prescription ne doit être effectuée qu'à condition que celui-ci ou sa famille puissent personnellement bénéficier de mesures préventives ou curatives immédiates (article R. 1131-5), et uniquement dans le cadre d'une consultation individuelle, par un médecin exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des compétences cliniques et génétiques et déclarée à l'agence de biomédecine, avec un protocole type de prise en charge.

L'examen des caractéristiques génétiques peut conduire à l'identification d'une anomalie génétique, en lien avec l'indication initiale, ou sans lien avec cette indication (donnée incidente) et pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention (y compris de conseil génétique) ou de soins.

On distinguera l'examen des caractéristiques génétiques constitutionnelles, qui consiste à analyser les caractéristiques génétiques d'une personne, héritées ou acquises à un stade précoce du développement néonatal, de l'examen des caractéristiques génétiques somatiques qui consiste à rechercher et à analyser les caractéristiques génétiques d'une personne dont le caractère hérité ou transmissible est en première intention inconnu.

Conservation des informations

Les informations relatives aux caractéristiques génétiques d'une personne doivent être conservées dans son dossier médical, selon les règles de droit commun : attestation certifiant que le médecin a apporté au patient les informations prévues par la loi, consentement écrit, doubles de la prescription de l'examen des caractéristiques génétiques³ et des comptes rendus d'analyse de biologie médicale commentés et signés, refus du patient que les résultats lui soient communiqués⁴, etc...

L'information de la parentèle ou le silence gardé par le patient sont des points déterminants. Le dossier devra mentionner les modalités d'information de la parentèle dans le cadre de l'examen⁵ : souhait du patient d'informer lui-même les intéressés (ou certains d'entre eux), identité précise de ces personnes⁶, ainsi que leurs coordonnées lorsque la personne ne souhaite pas informer elle-même sa parentèle, mais accepte que celle-ci soit informée par un médecin, refus du patient d'autoriser le médecin à informer lui-même la parentèle. Il mentionnera les résultats des examens, comprendra un compte-rendu, ainsi que la liste des personnes éventuellement concernées par l'anomalie génétique. Ces informations doivent être conservées au dossier pendant vingt ans.

La conservation des résultats doit être effectuée dans des conditions garantissant la sécurité et la confidentialité. Il est recommandé de constituer un dossier confidentiel « génétique », avec des accès limités au sein du dossier médical hospitalier (possibilité d'intégrer ces informations sur Orbis (dossier informatisé), mais avec un verrou). Toutefois, lorsque le résultat a été rendu au patient, il peut être mis en accès usuel dans le dossier médical du patient, sous réserve que le prescripteur et le patient soient d'accord.

Des dispositions particulières s'appliquent à l'égard des laboratoires hospitaliers d'analyse de biologie médicale :

- Lorsque les informations portent identification des caractéristiques génétiques du patient, les comptes rendus des analyses de biologie médicale et leur commentaire explicatif doivent également être conservés par les laboratoires autorisés à pratiquer des examens de caractéristiques génétiques, pendant une durée de trente ans⁷.
- Le laboratoire de biologie médicale doit transmettre les résultats au prescripteur, sans les intégrer dans le dossier médical partagé de la personne (DMP)⁸.

La communication au patient

La communication des informations contenues dans le dossier médical s'effectue selon le droit commun lorsqu'elles concernent les caractéristiques génétiques d'une personne.

Le patient bénéficie ainsi d'un droit à communication directe des informations formalisées contenues dans son dossier médical, 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 tiers⁹.

L'information du patient doit être effectuée par le médecin prescripteur des examens génétiques, seul professionnel habilité à communiquer les résultats de cet examen à la personne intéressée¹⁰.

Une seule dérogation a été admise sur ce point : dans le cadre d'un protocole d'organisation¹¹ entre le médecin qualifié en génétique et le conseiller en génétique placé sous sa responsabilité, ce dernier peut procéder à la communication des résultats des examens des caractéristiques génétiques¹².

En cas d'impossibilité liée à l'absence du médecin prescripteur (changement d'établissement, retraite, décès, etc.) et hors protocole d'organisation, il est préconisé que l'information du patient soit effectuée par un médecin accompagné par un généticien.

Les modalités d'information doivent avoir été préalablement définies, notamment au cours de la consultation ayant donné lieu à la prescription¹³. En pratique, concernant la restitution du résultat, l'information doit être à la fois orale lors d'un rendez-vous spécifique, et écrite par la remise à l'intéressé de la copie des résultats de l'examen, de leur commentaire explicatif, ainsi que de la liste des personnes à risque et donc à informer, le cas échéant.

La communication aux titulaires de l'autorité parentale

En principe, lorsque les informations concernent des personnes mineures, le droit d'accès à leur dossier médical est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale¹⁴. Cependant, les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière « adaptée à leur degré de maturité »¹⁵.

Un test génétique pré-symptomatique n'est prescrit chez un mineur que si celui-ci peut personnellement bénéficier de mesures préventives ou curatives immédiates¹⁶. Dans le cas contraire, il est recommandé de ne le lui proposer qu'à partir de sa majorité. « Si le mineur n'est pas exposé au risque de développer lui-même une maladie génétique et si le risque ne concerne que sa descendance, il ne semble en effet pas judicieux de chercher à connaître son statut génétique avant l'âge adulte »¹⁷.

Dans le cadre d'une analyse génétique concernant une personne mineure, un problème de paternité peut être rencontré. La CADA a déjà été amenée à se prononcer : dans l'hypothèse d'une demande d'un des titulaires de l'autorité parentale désirant accéder aux informations relatives à ses propres caractéristiques génétiques (ou implicitement ou non, à celles de l'autre parent), contenues dans le dossier médical du mineur, elle a considéré que « les parents ne peuvent accéder à ces informations, pour ce qui concerne chacun d'eux, que dans le cadre d'une demande d'accès portant spécifiquement sur les informations concernant leur santé ». Elle a rappelé en tout état de cause que « l'accès aux caractéristiques génétiques d'une personne ne peut s'effectuer qu'auprès du médecin prescripteur de l'examen »¹⁸.

« Lorsqu'un tel examen pratiqué chez une personne mineure révèle des caractéristiques génétiques sans relation avec l'indication initiale pouvant être responsable d'une affection grave chez elle ou chez un membre de sa famille justifiant des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, celles-ci sont communiquées aux personnes titulaires de l'autorité parentale, ainsi que l'obligation qui leur incombe d'en informer le mineur selon son âge et son degré de maturité et, au plus tard, à sa majorité »¹⁹.

Cette disposition ne s'applique cependant pas en matière de dépistage des maladies néonatales²⁰.

La communication à la parentèle

Préalablement à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques, le médecin prescripteur doit informer la personne des risques qu'un silence ferait courir aux membres de sa famille potentiellement concernés au cas où les informations seraient péjoratives²¹. Il doit prévoir avec elle, dans un document écrit, les modalités de l'information afin d'en préparer l'éventuelle transmission.

La personne ayant fait l'objet de l'examen génétique est en effet tenue d'informer les membres de sa famille potentiellement concernés dont elle ou, le cas échéant, son représentant légal possède ou peut obtenir les coordonnées, dès lors que des mesures de prévention ou de soins peuvent leur être proposées²².

En cas de diagnostic d'une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave, l'information médicale est résumée dans un écrit « rédigé de manière loyale, claire et approprié ». Ce document doit être signé et être remis par le prescripteur (médecin ou conseiller en génétique). La personne ayant fait l'objet de l'examen de ses caractéristiques génétiques doit ensuite attester cette remise par écrit²³.

Si la personne ne souhaite pas informer elle-même les membres de sa famille potentiellement concernés, elle peut demander par un document écrit au médecin prescripteur, qui atteste de cette demande, de procéder à cette information. Elle lui communique à cette fin les coordonnées des intéressés dont elle dispose.

De la même façon, même si la personne ayant fait l'objet de l'examen génétique exprime la volonté d'être personnellement tenue dans l'ignorance du résultat, elle peut autoriser le médecin prescripteur à procéder à l'information de la parentèle.

La communication à la parentèle lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée

La réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée peut être autorisée dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés lorsqu' « *un médecin suspecte [...] une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins.* »²⁴.

La prescription d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne dans ce contexte particulier doit avoir comme unique objectif de confirmer ou d'infirmer l'existence de l'anomalie ou des anomalies génétique(s) suspectée(s) par le médecin, comme étant responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins.

L'examen des caractéristiques génétiques de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée²⁵ peut être réalisé si au moins un membre de la famille potentiellement concerné ou, le cas échéant, de la ou des personne(s) investie(s) de l'autorité parentale, donne son accord.

Toutefois, préalablement à la réalisation de l'examen, le médecin doit s'assurer que la personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée ne s'y est pas opposée antérieurement auprès de la personne de confiance, si celle-ci a été désignée, ou de sa famille ou à défaut, d'un proche ou, le cas échéant, auprès de la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne.

On notera que « *seule une personne supposée, de façon permanente, hors d'état d'exprimer sa volonté, peut faire l'objet d'un diagnostic génétique, sans son consentement, au bénéfice des membres de sa parentèle* »²⁶.

Une évaluation médicale doit dans ce cas être réalisée, afin d'apprécier la pérennité de son état²⁷.

Enfin, le médecin prescripteur doit s'assurer qu'il existe un examen génétique pouvant poser ou confirmer le diagnostic de l'anomalie génétique suspectée²⁸.

Si l'anomalie génétique est confirmée, le médecin doit inviter les membres de la parentèle à se rendre à une consultation de génétique.

Lorsque la personne est décédée, l'examen est réalisé à partir d'échantillons de cette personne déjà conservés ou prélevés dans le cadre d'une autopsie à des fins médicales.

« *En outre, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues au 1 de l'article L. 1130-4 soient délivrées au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* »²⁹.

La communication dans le cadre d'une greffe d'organe

Selon la pathologie du patient, le type de greffon ou l'urgence, un examen des caractéristiques génétiques pourra être réalisé avant ou après la greffe.

Si l'examen des caractéristiques génétiques du patient ou du greffon révèle, antérieurement à la greffe, une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseils de génétique ou de soins, alors le médecin prescripteur devra en informer le donneur ou le patient, sous réserve des exceptions précisées ci-dessus.

Si l'examen des caractéristiques génétiques du patient ou du greffon révèle, postérieurement à la greffe, une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseils de génétique ou de soins, alors la personne greffée, lorsqu'elle en a pris connaissance, sera tenue de communiquer au médecin prescripteur les coordonnées de l'établissement où a été réalisée la greffe. Ce dernier pourra communiquer au prescripteur les coordonnées de l'établissement où a eu lieu le prélèvement. Le médecin prescripteur portera à la connaissance de l'établissement l'existence de l'anomalie génétique. Cet établissement pourra alors informer le donneur de l'existence d'une information à caractère génétique le concernant et l'inviter à consulter un médecin qualifié en génétique.

Lorsque le donneur est décédé, l'établissement où a été réalisé le prélèvement pourra contacter la personne de confiance, un membre de la famille ou un proche afin d'obtenir les coordonnées des membres de la famille potentiellement concernés par l'anomalie génétique en cause. Il informera alors ces derniers de l'existence d'une information à caractère génétique susceptible de les concerner et les invitera à consulter un médecin qualifié en génétique.

Dans tous les cas, l'établissement où a eu lieu le prélèvement ne doit dévoiler ni le nom de la personne greffée, ni l'anomalie génétique, ni les risques qui lui sont associés.

Si le donneur ou les membres de sa famille potentiellement concernés ainsi contactés souhaitent connaître l'anomalie génétique en cause, ils doivent transmettre à l'établissement où a été réalisé le prélèvement les coordonnées du médecin qualifié en génétique qu'ils avaient choisi. L'établissement transmettra alors à ce médecin les coordonnées du médecin prescripteur de l'examen, afin qu'il lui communique l'information relative à l'anomalie³⁰.

La communication en cas de don de gamètes ou d'embryons

Le médecin prescripteur d'un examen des caractéristiques génétiques est susceptible de diagnostiquer chez une personne issue d'un don de gamètes ou d'embryons ou chez un tiers donneur une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins. Il doit dans ce cas saisir le responsable du centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) afin qu'il procède à l'information du tiers donneur, de la personne issue d'un don de gamètes ou d'embryons ou le représentant légal de cette dernière (si elle est mineure) de l'existence d'une information médicale à caractère génétique susceptible de les concerner. A cette occasion, il transmettra au médecin consulté par la personne les coordonnées du médecin prescripteur, chargé de la communication de l'anomalie génétique en cause³¹.

La communication dans le cadre de l'accouchement sous X

Si le médecin prescripteur de l'examen des caractéristiques génétiques diagnostique chez un enfant issu d'un accouchement sous X ou chez l'un de ses parents de naissance une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de

conseil génétique, ou de soins, la loi a prévu qu'il doit saisir le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) afin d'identifier, selon le cas, l'enfant issu d'un accouchement sous X, l'un de ses parents ou les deux, mais sans faire mention de l'anomalie génétique en cause, ni des risques qui lui sont associés³².

Dans cette hypothèse, le CNAOP portera à la connaissance de la personne identifiée l'existence d'une information à caractère familial susceptible de la concerner. Il l'invitera à consulter un médecin qualifié en génétique, sans lui dévoiler le nom de la personne ayant fait l'objet de l'examen, ni aucune autre information permettant d'identifier la seconde personne. Il transmettra au médecin consulté par la personne identifiée les coordonnées du médecin prescripteur, chargé de la communication de l'anomalie en cause.

Demande d'une compagnie d'assurances ou d'une banque

Lorsque sont en jeu des informations à caractère génétique, une vigilance particulière doit être apportée aux demandes de communication de dossier médical au profit d'un médecin-conseil d'une compagnie d'assurances ou à une banque, du vivant du patient comme après son décès (sur la communication d'informations médicales à un assureur de manière générale, voir chapitre 15).

Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord.

En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci.

On remettra directement au patient demandeur tout ou partie de son dossier médical, tout en lui fournissant les explications appropriées, en lui indiquant notamment que la loi le protège de toute discrimination en raison de ses caractéristiques génétiques³³. Il lui reviendra, le cas échéant, de prendre la responsabilité de choisir les éléments qu'il souhaitera communiquer de son propre chef à sa compagnie d'assurances ou à sa banque, etc...

Notes du chapitre 8

¹ *Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 et loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relatives à la bioéthique ;*

² *Art. L. 1131-1-3, CSP ;*

³ *Double de l'attestation faite par un médecin dans le cadre de la prescription d'examen des caractéristiques génétiques pour un patient présentant un ou des symptômes d'une maladie génétique. Le document doit justifier que la personne a été informée des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement, et que son consentement a été recueilli (art. R. 1131-4 et suivants, CSP) ;*

⁴ *Art. L. 1131-1-1 et R. 1131-5-1, CSP ;*

⁵ *Art. L. 1131-2-1 et R. 1131-5-2, CSP ;*

⁶ *Art. R. 1131-4-1, CSP ;*

⁷ *Art. R. 1131-5-2, CSP ;*

⁸ *Dossier prévu à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, aujourd'hui accessible dans «Mon espace Santé» ;*

⁹ *Art. L. 1131-1-3, CSP ;*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Art. L. 1132-1 et R. 1131-5-1, CSP ;*

¹² *Art. R. 1131-5-1, CSP ;*

¹³ *Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales (modifié par l'arrêté du 29 décembre 2022 supprimant le caractère obligatoire de diverses normes) ;*

¹⁴ *Art. L. 1111-5 et L. 1111-5-1, CSP ;*

¹⁵ *Art. L. 1111-2, CSP ;*

¹⁶ *Art. R 1131-5, CSP ;*

¹⁷ *Inserm, Tests génétiques, Questions scientifiques, médicales et sociétales, Expertise collective, 2008 ;*

¹⁸ *CADA, 30 juin 2009, conseil n°20091209, Secrétaire général de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris ;*

¹⁹ *Art. R. 1131-5-1, CSP ;*

²⁰ *Art. R. 1131-21 et suivants, CSP ;*

²¹ *Art. R. 1131-4-1, R. 1131-5-1, CSP ;*

²² *Art. L. 1131-1, CSP ;*

²³ *Ibid ;*

²⁴ *Art. R. 1131-5-3, CSP ;*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Arrêté du 11 septembre 2023 fixant les critères déterminant les situations médicales justifiant, chez une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée, la réalisation d'un examen de ses caractéristiques*

génétiques à des fins médicales dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés, en application de l'article L. 1130-6 du code de la santé publique ;

²⁷ *Article L. 1130-6, CSP ; Arrêté du 11 septembre 2023 fixant les critères déterminant les situations médicales justifiant, chez une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée, la réalisation d'un examen de ses caractéristiques génétiques à des fins médicales dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés, en application de l'article L. 1130-6 du code de la santé publique ;*

²⁸ *Arrêté du 11 septembre 2023 fixant les critères déterminant les situations médicales justifiant, chez une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée, la réalisation d'un examen de ses caractéristiques génétiques à des fins médicales dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés, en application de l'article L. 1130-6 du code de la santé publique ;*

²⁹ *Article L. 1110-4, CSP ;*

³⁰ *Art. R. 1131-5-7, CSP ;*

³¹ *Art. R. 1131-5-5, CSP ; Arrêté du 11 septembre 2023 fixant les critères déterminant les situations médicales justifiant, chez une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ou décédée, la réalisation d'un examen de ses caractéristiques génétiques à des fins médicales dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés, en application de l'article L. 1130-6 du code de la santé publique ;*

³² *Art. R. 1131-5-6, CSP ;*

³³ *Art. 225-3 Code pénal ;*

Chapitre 9 – Le dossier d’assistance médicale à la procréation (AMP) >>

L’assistance médicale à la procréation (AMP) comprend l’ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d’embryons et l’insémination artificielle¹.

Cette activité médicale est destinée à répondre à un projet parental².

Principes généraux

L’assistance médicale à la procréation est accessible à un couple formé d’un homme et d’une femme, ou à deux femmes ou à une femme non mariée.

Lorsqu’un couple ou une femme non mariée est pris en charge, un dossier médical (commun dans le cas d’un couple) clinico-biologique doit être constitué³. Il en est ainsi en cas d’insémination artificielle, de fécondation in vitro, de conservation et d’accueil d’embryons.

Les règles de communication de ce dossier médical du couple ne dérogent pas aux dispositions de droit commun du code de la santé publique. La constitution d’un dossier « commun » n’a pas non plus pour effet de priver les personnes concernées de leur droit individuel au secret médical.

Lorsqu’une seule personne est concernée, un dossier médical individuel est établi. C’est le cas en matière d’insémination artificielle sans tiers donneur : le praticien doit disposer d’un dossier médical spécifique pour le recueil et la préparation du sperme⁴. C’est également le cas pour les activités de don de gamètes, ou pour celles d’autoconservation de gamètes en vue d’une utilisation différée⁵.

Jusqu’en septembre 2022, la communication des informations relatives à un don de gamètes ou d’embryons répondait à des règles très spécifiques, afin de protéger le secret de l’identité du donneur. Depuis le 1er septembre 2022, le don de gamètes et d’embryons est conditionné au consentement exprès et préalable du tiers donneur à ce que son identité et ses données « non identifiantes ⁶ » puissent être révélées à la personne issue d’une assistance médicale à la procréation, devenue majeure. Le consentement du donneur est irrévocable dès l’utilisation du don.

La demande de communication de l’identité du donneur à la majorité de la personne issue du don doit être effectuée auprès de la Commission d’accès des personnes nées d’une assistance médicale à la procréation (CAPADD), seul organisme habilité à communiquer ces informations (art. L. 2143-5, CSP).

En cas de refus du donneur à la révélation de son identité dans ce cadre, il n’est pas possible de procéder au don de gamètes ou au don d’embryons.

Composition du dossier d’AMP

Pour toute technique d’AMP nécessitant l’intervention d’un acte clinique⁷, le centre autorisé pour cette activité a l’obligation de conserver la copie des pièces attestant du respect des conditions d’accès à l’AMP et du consentement écrit du couple ou de la femme bénéficiaire de l’AMP⁸.

Ces éléments font partie des informations qui doivent *a minima* constituer le dossier médical commun⁹. Ce dossier doit être conservé, comme tout dossier médical hospitalier, pendant vingt ans à compter du dernier passage de la personne dans l'établissement¹⁰. Cette durée de conservation peut être prolongée au-delà de vingt ans, notamment dans le cadre d'une préservation de la fertilité, afin de tenir compte du délai entre l'âge de recueil ou de prélèvement des gamètes ou tissus germinaux et l'âge maximal d'utilisation de ceux-ci.

Le dossier du donneur de gamètes ou d'embryons est quant à lui conservé pour une durée minimale de quarante ans et, quel que soit son support, sous une forme pseudonymisée (art. R 1244-5, CSP).

Néanmoins, compte tenu de la possibilité récente ouverte à la personne majeure conçue par AMP avec tiers donneur d'accéder à l'identité du donneur et à ses données non-identifiantes (art. L. 2143-2, CSP), il est recommandé d'en poursuivre la conservation au-delà de quarante ans.

Le dossier médical commun comporte d'abord les pièces exigées avant le recours à l'AMP :

- les éléments cliniques et biologiques communs à toute AMP ;
- les comptes rendus des AMP antérieures et leurs résultats ;
- les éléments cliniques et biologiques spécifiques de chaque AMP ;
- le double des comptes rendus des tentatives remis aux patients ;
- tout élément relatif à la survenue d'un incident ou effet indésirable (dans le cadre du dispositif de vigilance relatif à l'AMP) ;
- la photocopie d'un document officiel portant une photographie de chaque membre du couple ou de la femme seule ;
- le consentement écrit du couple ou de la femme seule, signé préalablement à la mise en œuvre de l'AMP et renouvelé avant chaque tentative d'AMP, y compris avant chaque transfert d'embryons ;
- un engagement écrit du couple ou de la femme seule d'informer l'équipe pluridisciplinaire, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant sa situation familiale et son lieu de résidence.

Pour toutes les techniques d'AMP, il comporte ensuite des éléments cliniques et biologiques :

- les résultats de la concertation clinico-biologique, avec notamment l'indication de l'AMP, accompagnée des éléments qui ont permis de l'établir, ainsi le cas échéant que la conclusion des prises en charge antérieures ;
- les résultats des tests de sécurité sanitaire ;
- les traitements administrés et la réponse ovarienne à la stimulation ;
- en cas de grossesse, une information sur son évolution et sur l'état de santé du ou des nouveau-nés ;
- le compte rendu de la tentative d'AMP (au minimum : le rang de la tentative ; le type de stimulation ovarienne ; le nombre d'ovocytes utilisés, inséminés ou micro-injectés en cas de fécondation in vitro ; les éventuelles techniques particulières ; le nombre total d'embryons obtenus, transférés et conservés en cas de fécondation in vitro ; tout autre élément jugé utile pour la poursuite de la prise en charge).

Plus particulièrement, en matière d'insémination¹¹ :

- l'indication médicale de la mise en œuvre et du choix de la technique d'AMP ;
- le nombre et la qualité des spermatozoïdes recueillis et inséminés ;
- la date et l'issue de l'insémination ;
- toute information disponible relative à l'évolution des grossesses et à l'état de santé des nouveau-nés et des enfants ;

- les documents de suivi de l'induction de l'ovulation et la détermination du moment estimé de l'ovulation ; le rang de la tentative ;
- l'origine du sperme, frais ou conservé ;
- la date et l'heure du recueil de sperme, de sa préparation et de l'insémination ;
- les paramètres du sperme utilisé pour l'insémination et le nombre de spermatozoïdes à mobilité progressive inséminés.

Plus particulièrement, en matière de FIV avec ou sans micromanipulation¹² :

- l'indication médicale de la mise en œuvre et du choix de la technique d'AMP ;
- la date des ponctions de gamètes et le nombre d'ovocytes prélevés et préparés lors de chacune des ponctions ;
- la date des transferts et le nombre d'embryons transférés ;
- toute information disponible relative au devenir des embryons, à l'évolution des grossesses et à l'état de santé des nouveau-nés et des enfants ;
- toute information relative aux incidents et effets indésirables survenus dans la mise en œuvre de l'AMP ;
- le compte rendu du prélèvement ;
- le nombre et la qualité des ovocytes recueillis et inséminés ou micro-injectés ;
- les techniques mises en œuvre ;
- les paramètres spermatiques du jour de la tentative et le nombre de spermatozoïdes utilisés pour l'insémination in vitro ;
- le compte rendu du prélèvement chirurgical des spermatozoïdes et les éléments de leur cryoconservation, le cas échéant ;
- le nombre d'ovocytes fécondés le lendemain de l'insémination ou de la micro injection, incluant les éventuelles fécondations anormales ;
- le nombre et la morphologie des embryons obtenus et leur stade de développement jusqu'au moment du transfert et de la conservation ;
- la date du transfert et le nombre d'embryons transférés ;
- la date de conservation et le nombre d'embryons conservés.

S'agissant de la conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux, le dossier doit comprendre a minima le consentement écrit de la personne (et, le cas échéant, celui du titulaire de l'autorité parentale s'il s'agit d'un mineur, ou de la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne s'il s'agit d'une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique), ainsi que le motif et l'indication de la conservation des gamètes ou des tissus germinaux posée conjointement avec le médecin qui prend en charge la pathologie susceptible d'altérer la fertilité de la personne¹³.

Modalités de communication du dossier médical AMP

Les règles de communication du dossier médical d'AMP relèvent du droit commun, et sont celles prévues par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Les équipes hospitalières doivent cependant faire preuve d'une vigilance particulière, dans une matière très sensible, et lorsqu'il s'agit d'informations recueillies auprès de tiers ou concernant des tiers, qui ne sont pas communicables au demandeur, malgré les relations souvent étroites qu'il peut entretenir avec ces tiers¹⁴.

Ceci précisé, lorsqu'une personne demande communication d'informations relatives à son dossier d'AMP, il convient de faire droit à sa demande et de lui transmettre les informations la concernant, sur présentation de sa pièce d'identité.

En revanche, dans la mesure où ces informations médicales sont contenues dans un dossier commun et donc que des informations médicales relatives à l'autre membre du couple y sont mentionnées, il convient d'occulter ces données de l'autre membre du couple avant de procéder à la communication, sauf accord écrit de ce dernier.

En cas de contestation, on invitera le demandeur à saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA).

Le dossier médical du couple donneur d'embryons

La procédure d'accueil d'embryons prévoit le recueil et la conservation de nombreuses informations :

En premier lieu, le consentement écrit à l'accueil d'embryons implique pour le couple donneur ou la femme seule de consentir à la conservation d'informations relatives à leur santé, dans un dossier qui sera commun s'il s'agit d'un couple. En cas de refus de conservation de ces informations, l'accueil d'embryons ne peut pas être mis en œuvre¹⁵.

Les informations du dossier commun du couple ou de la femme seule portent notamment, « *sous forme pseudonymisée* », sur les antécédents médicaux personnels et familiaux de chacun des membres du couple ou de la femme seule et les données cliniques actuelles jugées nécessaires par les praticiens, sur les résultats des tests de dépistages sanitaires obligatoires (infection par les virus VIH, les virus des hépatites B et C et la syphilis), ainsi que sur toute information relative à l'évolution des grossesses résultant d'un accueil d'embryon, y compris leur éventuelle interruption, la date de naissance et l'état de santé des nouveau-nés et des enfants¹⁶.

La responsabilité de la tenue de ce dossier commun et de l'exactitude des informations qui y sont consignées relève du praticien agréé du centre autorisé à conserver les embryons en vue de leur accueil. Il doit être archivé dans des conditions garantissant la confidentialité des informations contenues.

Ce dossier peut être porté à la connaissance d'un médecin, « *sur sa demande, en cas de nécessité thérapeutique* »¹⁷.

Outre le dossier commun du couple ou donneur d'embryons, le centre autorisé à conserver les embryons en vue de leur accueil a l'obligation de conserver d'autres informations, dans des conditions propres à en assurer la confidentialité.

Il s'agit du nombre d'embryons accueillis et de la date des transferts en vue d'implantation¹⁸.

Les informations permettant d'établir un lien entre le couple ou la femme non mariée à l'origine de la conception des embryons et les enfants à naître ou nés après accueil doivent être pseudonymisées et conservées pendant au moins quarante ans. Elles sont conservées dans des conditions garantissant la sécurité et la confidentialité des données.

Le dossier médical du donneur de gamètes ou d'embryon

Les professionnels de santé ont l'obligation de constituer un dossier comportant plusieurs informations relatives au donneur de gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) et au donneur d'embryon, lesquels doivent consentir expressément à leur conservation¹⁹.

Ce dossier doit être archivé pendant une durée minimale de quarante ans, quel que soit son support, sous forme pseudonymisée et dans des conditions garantissant la confidentialité.

Jusqu'en 2021, la communication de ces informations était strictement encadrée par les principes fondamentaux de la bioéthique, notamment l'article 16-8 du code civil relatif au secret de l'identité du donneur et du receveur²⁰.

Ainsi, « *le donneur ne pouvait connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur* », aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne pouvait être divulguée, et « *il ne pouvait être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique* »²¹.

Des évolutions ont été apportées à ce principe depuis la publication de la loi relative à la bioéthique du 2 août 2021. L'anonymat est toujours maintenu au moment de l'AMP. En revanche, les enfants nés d'une AMP avec tiers donneur sont autorisés à demander la levée de l'anonymat à compter de leur majorité²².

La personne qui, à sa majorité, souhaite accéder aux données non identifiantes relatives au tiers donneur ou à l'identité du tiers donneur doit s'adresser à la Commission d'accès des personnes nées d'une AMP aux données des tiers donneurs (CAPADD)²³.

Lorsqu'est diagnostiquée chez une personne qui a fait un don de gamètes ou d'embryon ayant abouti à la conception d'un ou plusieurs enfants, une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention ou de soins, le donneur « *peut autoriser le médecin prescripteur à saisir le responsable du centre d'assistance médicale à la procréation afin qu'il procède à l'information des enfants issus du don* »²⁴.

Durée de conservation du dossier

Les informations du dossier d'AMP sont conservées conformément à la réglementation applicable pendant la durée de la prise en charge opérationnelle du patient (au cours d'une consultation, de l'hospitalisation, ou de la réalisation d'un examen), puis 20 ans à compter du dernier passage pour soin ou diagnostic (dernier séjour du patient ou consultation externe au sein de l'établissement)²⁵.

Cette durée de conservation peut être prolongée au-delà de 20 ans, notamment dans le cadre d'une préservation de la fertilité, afin de tenir compte du délai entre l'âge de recueil ou de prélèvement des gamètes ou tissus germinaux et l'âge maximal d'utilisation de ceux-ci (prévu aux articles R. 2141-36 à R. 2141-38 du code de la santé publique).

Le dossier du donneur de gamètes ou d'embryons est quant à lui conservé pour une durée minimale de quarante ans et, quel que soit son support, sous une forme pseudonymisée²⁶. Néanmoins, compte tenu des besoins associés à la mise en œuvre de l'article L. 2143-2 du code de la santé publique – personne conçue par AMP avec tiers donneur qui souhaite accéder à sa majorité à l'identité et aux données non identifiantes du tiers donneur – il est recommandé d'en poursuivre la conservation au-delà de quarante ans.

Notes du chapitre 9

¹ Art. L. 2141-1, CSP ; arrêté du 18 juin 2012 fixant la liste des procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation.

² Art. L. 2141-2, CSP

³ Art. R. 2142-8, CSP ; point I - 1.3 de l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

⁴ Point II.5 de l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

⁵ Cette technique consiste à permettre à une personne dont la fertilité est susceptible d'être prématurément altérée, notamment en cancérologie, de bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité (art. L. 2141-11, CSP).

⁶ Sont considérées comme données non identifiantes des tiers donneurs : l'âge au moment du don, l'état général (état psychologique et d'activité physique), les caractéristiques physiques (taille et poids, coloration cutanée, l'aspect naturel des cheveux et des yeux), la situation familiale et professionnelle (statut marital, nombre d'enfants, niveau d'études et catégorie socio-professionnelle), le pays de naissance et les motivations du don (art. R. 2143-12, CSP).

⁷ Prélèvement de gamètes, transfert d'embryons, mise en place de la procédure d'accueil d'embryons.

⁸ Art. R. 2142-25, CSP

⁹ Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Art. R. 2142-28, CSP

¹² Art. R. 2142-9, CSP

¹³ Art. R. 2142-29, CSP

¹⁴ CADA, Responsable du Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) Jean Verdier, avis n° 20102395 du 27 juillet 2010 : en vertu du II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978, les documents administratifs mettant en cause la protection de la vie privée ne sont communicables qu'à l'intéressé. Il résulte de ces dispositions, combinées avec celles de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, que toute personne peut avoir accès aux informations relatives à sa santé contenues dans des documents administratifs, à l'exclusion 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. Ces dispositions s'opposent à la communication au demandeur du dossier médical de ses parents, ainsi que de celui du donneur à l'origine de sa conception par insémination artificielle (IAD).

¹⁵ Art. R. 2141-2 5°, CSP

¹⁶ Art. R. 2141-7, CSP

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Art. R. 2141-8, CSP

¹⁹ Art. R. 1244-5, CSP

²⁰ Art. 16-8, code civil : « Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur ne peut connaître l'identité du

receveur, ni le receveur celle du donneur. En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci » et Art. 16-8-1, code civil : « Le principe d'anonymat du don ne fait pas obstacle à l'accès de la personne majeure née d'une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur, sur sa demande, à des données non identifiantes ou à l'identité du tiers donneur, dans les conditions prévues au chapitre III du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ».

²¹ Art. L. 1211-5, CSP (ces dispositions reprennent celles de l'article 16-8 du code civil).

²² Art. 16-8-1, code civil ; art. L. 2143-2, CSP

²³ Art. L. 2143-6, CSP

²⁴ Art. L. 1131-1-1, CSP

²⁵ Art. R. 1112-7, CSP

²⁶ Art. R. 1244-5, CSP

Chapitre 10 – Quand le patient est soigné en psychiatrie >>

Sous réserve de quelques particularités, la loi n'encadre pas de façon spécifique la communication du dossier médical des patients souffrant de troubles mentaux. La vulnérabilité particulière de ces patients ne peut donc être le prétexte à des restrictions d'un droit fondamental dont doit bénéficier toute personne malade.

Un patient pris en charge pour des soins psychiatriques a ainsi le droit, en principe, d'accéder directement à son dossier médical, comme tout autre patient, qu'il soit pris en charge en soins « libres » ou sous un régime de soins psychiatriques sans consentement.

Les aménagements prévus par la loi, lorsque le patient est soigné sous contrainte, ont principalement pour objet d'assister le patient qui souhaite prendre connaissance des informations qui le concernent.

Les risques d'une gravité particulière

Le législateur a prévu la possibilité de restreindre l'exercice du droit d'accès direct à son dossier médical aux patients qui font ou ont fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement en leur imposant, sous certaines conditions, la présence d'un médecin lors de cet accès (art. R. 1111-5, CSP).

Cette restriction ne peut être imposée qu'« à titre exceptionnel et en cas de risques d'une gravité particulière »¹ et pour les seules informations recueillies dans le cadre de soins sous contrainte². Elle ne saurait donc, d'aucune façon, avoir un caractère systématique.

Le médecin responsable de la transmission du dossier médical qui souhaiterait ainsi la présence d'un médecin « intermédiaire » devra motiver ces risques d'une gravité particulière.

Pour apprécier si ces risques sont bien motivés, le juge administratif s'en tient à l'appréciation faite par le directeur³ de l'établissement de santé concerné⁴.

Le médecin doit informer le patient de son souhait.

Si ce dernier refuse de désigner un médecin, l'établissement comme le patient peuvent saisir la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)⁵ (art. L.1111-7, CSP).

L'établissement devra fournir sans délai à la CDSP, sous pli confidentiel, les informations nécessaires relatives à la santé du patient et les éléments qui le conduisent à demander la présence d'un médecin⁶. L'avis de la CDSP s'imposera au patient et à l'établissement⁷. Il leur sera notifié dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande initiale du patient.

La saisine de la CDSP ne fait pas obstacle à la communication des informations si le patient revient sur son refus de désigner un médecin. Dans le cas où la saisine a déjà eu lieu, l'établissement doit en informer la commission⁸.

Si la CDSP impose la présence d'un médecin « intermédiaire », il revient au patient de le choisir⁹.

Des patients qui ne sont plus hospitalisés sous contrainte demandent parfois leur dossier ou des informations portant sur une période révolue où ils étaient soignés contre leur gré. L'accès aux informations peut-il dans ce cas être subordonné à la présence d'un médecin ?

La CADA, amenée à se prononcer sur le sujet, a considéré que dans ce cas, ce n'est pas la situation du demandeur au moment de la demande d'accès qui doit être prise en considération, mais la nature du dossier d'hospitalisation¹⁰. Quel que soit le moment de la demande et les modalités d'accès qui sont utilisées (consultation sur place ou communication par courrier), la CADA a indiqué qu'il revient à l'hôpital « *d'apprécier en fonction de la pathologie et du contenu du dossier médical sollicité si le demandeur est en mesure de bénéficier d'un accès direct à l'information médicale qui le concerne, ou si ce droit d'accès doit s'effectuer en présence d'un médecin compte tenu des risques d'une gravité particulière que son état de santé laisse supposer* »¹¹.

Accès des personnes chargées de la protection des majeurs protégés

Depuis une ordonnance du 11 mars 2020, l'accès des organes protecteurs (tuteur, curateur, personne habilitée, MJPM, mandataire spécial) aux informations médicales relatives au majeur qu'ils protègent a été clarifié. Désormais, « *Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne en charge de la mesure a accès à ces informations dans les mêmes conditions. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance, la personne chargée de l'assistance peut accéder à ces informations avec le consentement exprès de la personne protégée* »¹².

Ces dispositions sont aussi applicables pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques.

Dans le cadre de la procédure devant le magistrat du siège du tribunal judiciaire

Afin que le magistrat du siège du tribunal judiciaire puisse contrôler le bienfondé de l'hospitalisation complète d'un patient en soins psychiatriques sans consentement, la loi prévoit que ce juge :

- peut être saisi par la personne faisant l'objet des soins et par certains tiers d'une demande de mainlevée de la décision d'hospitalisation¹³,
- peut se saisir d'office¹⁴,
- se prononce de façon systématique, à certains moments de la prise en charge (notamment avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de la date de l'admission), sur le maintien de l'hospitalisation complète (art. L. 3211-12-1, CSP)¹⁵.

Le dossier contient les informations médicales et administratives suivantes (« pièces de l'article R. 3211-12 du code de la santé publique ») :

- quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, une copie de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission, ainsi qu'une copie de la demande d'admission ;
- quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet (SDRE), une copie de l'arrêté prononçant l'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, la copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins ;
- quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise prévues par le code de procédure pénale¹⁶ ;
- une copie des certificats et avis médicaux¹⁷ au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile en sa possession, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;
- le cas échéant :
 - o l'avis du collège «psychiatrique» prévu par la loi¹⁸ :

- lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée après qu'un classement sans suite, une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale a été rendu ou,
- lorsqu'elle fait l'objet de soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) et qu'elle a déjà fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée après qu'un classement sans suite, une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale a été rendu ou,
- lorsqu'elle fait l'objet de soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) et qu'elle a déjà fait l'objet d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles (UMD).
 - l'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, indiquant, selon le cas, les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition¹⁹.

Le juge peut solliciter la communication de tous autres éléments utiles.

« La convocation ou l'avis d'audience indique que les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 peuvent être consultées au greffe de la juridiction et que la personne qui fait l'objet de soins, quand elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne, dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7²⁰. Le greffe délivre une copie de ces pièces aux avocats qui en font la demande »²¹.

Mesures d'isolement et de contention

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé²² a posé à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, un cadre juridique s'agissant des mesures de contention et d'isolement en soins psychiatriques sans consentement. Modifié par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021²³ puis par une loi du 22 janvier 2022²⁴, cet article impose à l'équipe de soins un cadre strict pour mettre en place de telles mesures qui ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement.

Il est précisé que *« leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical »*²⁵. En ce sens, le patient qui le souhaite pourra avoir accès aux documents qui concernent les mesures mises en œuvre à son égard, dans les conditions de l'article L. 1111-7 précité.

De même, dans le cadre du contrôle exercé par le juge en matière de contention et d'isolement, le patient concerné peut avoir accès aux pièces jointes à la requête²⁶ formée par le directeur de l'établissement lorsqu'il saisit le magistrat du siège du tribunal judiciaire en application du II de l'article L. 3222-5-1²⁷.

Lorsqu'une demande de mainlevée des mesures émane du patient²⁸, ce dernier a aussi accès aux pièces jointes de la requête qui est envoyée au juge par le directeur de l'établissement²⁹.

Les mesures de contention et d'isolement de patients dans un établissement de santé sont consignées dans des registres attestant des mesures, de leur fréquence et des conditions mise en œuvre. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée³⁰. Ce registre est communicable à toute personne qui en fait la demande, en application du principe général de communication des documents administratifs (articles L. 311-1 et suivants du code des relations entre le public et l'administration (CRPA)).

Cependant, à la demande de communication du registre par une association, le Conseil d'Etat a considéré que « *les éléments [du registre] permettant d'identifier les patients doivent, en application des articles L. 311-6 et suivants du CRPA [...], être occultés préalablement à la communication du registre [...], afin de ne pas porter atteinte au secret médical et à la protection de la vie privée, comme doivent également l'être celles permettant d'identifier les soignants, afin d'éviter que la divulgation d'informations les concernant puisse leur porter préjudice* ».

Le juge précise que « *compte tenu de la nature des informations en cause, qui touchent à la santé mentale des patients, et du nombre restreint de personnes pouvant faire l'objet d'une mesure de contention et d'isolement [...], l'identifiant dit " anonymisé " figurant dans ces registres, qu'il s'agisse, selon la pratique du centre hospitalier, de " l'identifiant permanent du patient " (IPP) ou d'un identifiant spécialement défini, doit être regardé comme une information dont la communication est susceptible de porter atteinte à la protection de la vie privée et au secret médical* »³¹.

Ainsi, seuls les intéressés peuvent obtenir l'entière communication du registre, non occulté s'agissant de leurs informations personnelles (dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 précité).

Communicabilité de la demande du tiers et des documents rédigés par les différents intervenants

En cas de soins à la demande d'un tiers, la demande signée du tiers et à l'origine de la procédure n'est pas communicable au patient, car elle révèle un comportement dont la divulgation serait susceptible de porter préjudice à son auteur³². Plus généralement, la CADA « *s'oppose de manière constante, à la communication à la personne objet de la demande d'hospitalisation (à la demande d'un tiers), des documents relatifs à cette demande* »³³.

Cette position de la CADA, constante, doit être prise en référence, bien qu'elle ait pu être contestée³⁴. Elle rejoint les dispositions générales de la loi sur la non-communicabilité des informations relatives aux tiers.

Le patient ne pourra donc pas obtenir de l'administration hospitalière qu'elle lui communique l'identité du tiers à l'origine de sa prise en charge en soins psychiatriques sous contrainte.

Il doit être souligné toutefois que l'ouverture d'une procédure contradictoire devant le magistrat du siège du tribunal judiciaire (v. supra) permet, depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011, que le patient et son avocat puissent dans ce cadre accéder à son dossier et notamment à la demande faite par le tiers. Ce qui restreint considérablement la portée du principe de non-communicabilité qui vient d'être évoqué...

La demande de communication du dossier médical par l'ayant droit d'un patient décédé ne peut être recevable pour les pièces mentionnant l'identité du tiers demandeur des soins sous contrainte³⁵. En revanche, les certificats médicaux à l'origine du diagnostic ayant conduit aux soins du patient (et auxquels l'ayant droit voudra avoir accès par exemple afin de faire valoir ses droits dans le cadre d'un litige) sont communicables³⁶.

La CADA avait estimé, sous le régime antérieur à la loi du 5 juillet 2011, que s'agissant d'une personne susceptible de se montrer agressive à l'encontre des médecins ou des responsables qui se sont prononcés en faveur de l'hospitalisation d'office³⁷, « *il est possible et souhaitable d'occulter les noms, qualités et signatures de ces médecins ou responsables sur les pièces du dossier qui sera communiqué (certificats médicaux, décisions relatives au placement et à son suivi)* »³⁸.

Communicabilité des documents administratifs

Les documents établis par une autorité administrative et non par un médecin, tels que les arrêtés d'hospitalisation d'office (aujourd'hui : « sur demande du représentant de l'Etat »), ne sont pas des documents médicaux, sauf s'ils sont joints à un dossier médical³⁹.

Ils seront communicables le cas échéant sous le régime de la loi du 17 juillet 1978 (articles L. 331-1 et suivants du CRPA) et non sous celui de la loi du 4 mars 2002.

Notes du chapitre 10

¹ Art. L. 1111-7, CSP

² Selon le cas : à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent, sur décision du représentant de l'État (SDRE) ou sur décision judiciaire.

Illustration, CADA, conseil n°20191876, 27 juin 2019 : « Dès lors que les éléments demandés n'ont pas été recueillis dans le cadre d'une hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers au sens de ces dispositions, la commission vous indique donc que la patiente concernée peut refuser l'accompagnement proposé lors de la consultation de son dossier médical et que ce refus ne peut légalement justifier un refus de communication. »

³ Bien entendu, cette appréciation du directeur agissant en qualité de représentant de l'établissement sera fondée sur un avis médical.

⁴ Conseil d'Etat, 10 avril 2009, n° 289795. Sur ce sujet, le Conseil d'Etat a considéré que « la production (par le patient) d'un jugement du Tribunal d'instance ordonnant la mainlevée d'une mesure de tutelle et les témoignages (du patient qu'il n'existe pas de risques d'une particulière gravité à lui communiquer des informations médicales contenues dans son dossier) ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause l'appréciation portée par l'établissement au regard des pathologies psychiatriques qui ont motivé son hospitalisation à la demande d'un tiers ».

⁵ La commission départementale des soins psychiatriques est ainsi composée : deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet ; deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ; un médecin généraliste désigné par le préfet (art. L. 3223-2, CSP). Elle doit notamment être informée, selon les cas, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de toutes décisions de maintien de ces soins et des levées de ces mesures et reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, ou de leur conseil, et examine leur situation.

⁶ Circulaire DGS/SD6 C n° 2005-88 du 14 février 2005 relative à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

⁷ Le rapport de la CDHP est lui-même communicable (CADA, Ministre de la santé et des solidarités/DDASS- CDHP du Val d'Oise, avis n° 20065112 du 23 novembre 2006).

⁸ Art. R. 1111-5, CSP

⁹ Art. L. 1111-7, CSP

¹⁰ CADA, conseil n°20191876, 27 juin 2019

¹¹ CADA, Directeur de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Morbihan, conseil n° 20103449 du 16 septembre 2010 ; CADA, Centre hospitalier intercommunal Mont-de-Marsan et Pays des Sources, avis n° 20164178 du 17 novembre 2016

¹² Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ; art. L. 1111-7 al. 2, CSP

¹³ Art. L. 3211-12, CSP

¹⁴ Ibid.

¹⁵ La loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge) prévoit une diminution de ce délai à 12 jours à compter du 1er septembre 2014

¹⁶ Décision et expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale

¹⁷ Documents prévus aux chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du code de la santé publique

¹⁸ Avis mentionné à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique

¹⁹ Art. R. 3211-12, CSP

²⁰ Accès en présence d'un médecin, v. p. 104-105

²¹ Art. R. 3211-13, CSP

²² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

²³ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021

²⁴ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique

²⁵ Art. L. 3222-5-1, CSP

²⁶ Art. R. 3211-33-1, CSP

²⁷ Art. L. 3222-5-1 II, CSP : « II. - A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées. »

²⁸ Art. L. 3211-12, CSP : « (le JLD) peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application de l'article L. 3222-5-1. Dans ce cas, il statue dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine. La saisine peut être formée par : 1° La personne faisant l'objet des soins ;(...)"

²⁹ Art. R. 3211-34, CSP

³⁰ Art. L. 3222-5-1 III, CSP

³¹ Conseil d'Etat, 10e et 9e chambres réunies, 8 février 2023, n° 455887

³² CADA, CH intercommunal de Mont-de-Marsan, avis n° 20164178 du 17 novembre 2016 ; CADA, Directeur du Centre hospitalier de Salon-de-Provence, avis n° 20072892 du 26 juillet 2007

³³ CADA, avis n°20160615, 12 mai 2016

³⁴ La HAS a en effet pris une position plus nuancée sur le sujet, laissant ouverte la possibilité d'une divulgation de l'information : « En cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers, si le patient souhaite connaître l'identité ou l'adresse du tiers, il est recommandé que ce soit le psychiatre qui suit le patient pendant son hospitalisation qui apprécie au cas par cas le rapport bénéfices/risques de cette divulgation. En cas de doute, il est recommandé de solliciter l'avis de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Cette divulgation s'insère dans le cadre de l'accompagnement du patient » (HAS, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, 2005, recommandations, p. 15).

³⁵ CAA Nantes, 7 octobre 1999, Melle X., D. 2001.275, note M. Joyau ; CADA, Directeur de l'hôpital La Grave, conseil n° 20031777 du 19 juin 2003. La CADA a indiqué en 2006 que :

- d'une part, doit être regardée comme tiers au sens de la loi toute personne autre que le malade ;

- d'autre part, la communication d'éléments relevant de tiers tels que la demande d'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), ne peut être réservée qu'au tiers en application de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978. En effet cette loi dispose que sont communicables qu'à l'intéressé les documents (...) faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice (CADA, CH de Blain, avis n° 20062245 du 11 mai 2006) ; CADA, Mairie d'Houdain, avis n°20205019 du 07 janvier 2021

³⁶ CADA, Directeur de l'Établissement public de santé mentale Val de Lys - Artois, conseil n° 20070267 du 25 janvier 2007

³⁷ Désormais soins sur demande du représentant de l'État (SDRE) depuis la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

³⁸ CADA, DASS de la Seine-Maritime, conseil n° 19992764 du 28 août 1999 ; CADA, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest (CHRU), avis n° 20210873 du 25 mars 2021

³⁹ CADA, Directeur du Centre hospitalier René-Prévot, conseil n° 20062025 du 11 mai 2006. ANAES/HAS, Juin 2003, Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, Réglementation et recommandations, préc. n° 2, p. 18

Chapitre 11 – Quand le patient est décédé >>

Le patient dispose de son vivant d'une forme de monopole pour l'accès à son dossier : lui seul au sein de sa famille et de son entourage est en droit d'en obtenir communication.

Le décès du patient crée une situation nouvelle : les ayants droit, le concubin et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) peuvent alors avoir accès au dossier, mais dans des conditions restrictives.

La loi vient en effet protéger post mortem les informations sur le patient décédé qui relevaient de sa vie privée. En effet, la mort ne délivre ni le médecin ni l'établissement de leur obligation générale de secret sur les informations confidentielles qu'ils détiennent sur le malade. La communication d'informations médicales aux ayants droit a un caractère dérogatoire.

En tout état de cause, le patient n'étant pas de son vivant propriétaire de son dossier, ses héritiers ne peuvent après son décès prétendre se le voir remettre¹.

Outre le fait qu'il devra justifier de son identité et de son statut, le demandeur devra préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations dont il demande la communication.

Ce que disent les textes

L'article L. 1111-7 du code de la santé publique dispose que « (...) *En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4 (...)* ».

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du même code énonce que « (...) *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, 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* ».

Motifs permettant la communication aux ayants droit, au concubin et au partenaire lié par un Pacs

L'accès aux informations médicales individuelles est un droit personnel du patient, qu'il est seul en droit d'exercer de son vivant, sauf s'il est mineur ou majeur protégé.

Après le décès, cet accès aux informations du patient devient possible aux ayants droit, sous réserve de respecter le secret médical et notamment l'éventuelle opposition exprimée par le défunt de son vivant².

Quel que soit le mode de manifestation de la volonté contraire exprimée par le patient de son vivant, la CADA estime que l'autorité saisie de la demande de communication du dossier médical par un ayant droit du patient « *doit pouvoir s'appuyer, pour l'opposer aux ayants droit du défunt, sur des éléments suffisamment circonstanciés préexistants au décès de l'intéressé et permettant l'identification d'une volonté* »³.

La CADA a d'ailleurs considéré que « *l'absence de document signé par le patient ne permet pas à l'établissement de passer outre l'opposition du patient à la communication, après son décès, à certains de ses proches ou à tous, de tout ou partie des informations relatives à sa santé* »⁴.

Il n'est donc pas nécessaire pour le patient d'exprimer son opposition sous la forme d'un écrit. L'oralité peut suffire⁵.

Outre le respect des volontés du défunt exprimées de son vivant, l'article L. 1110-4 établit trois motifs justifiant l'accès des ayants droit aux informations :

- leur permettre de connaître les causes de la mort⁶,
- leur permettre de défendre la mémoire du défunt⁷,
- leur permettre de faire valoir leurs droits⁸.

Si le patient de son vivant n'est pas tenu de motiver sa demande, le demandeur (ayant droit, concubin, partenaire pacsé), lui, doit préciser lors de sa requête le motif pour lequel il souhaite avoir connaissance de ces informations. La motivation déterminera l'étendue de l'information qui sera transmise⁹. L'intéressé pourra apporter ces précisions par tous moyens appropriés (déclaration, attestation, ...) ¹⁰. Les documents qui seront remis seront ceux - et eux seuls - qui correspondent au motif invoqué¹¹.

Ainsi, par exemple, s'il motive sa demande par le seul souhait de connaître les causes de la mort, l'ayant droit ne pourra pas obtenir des documents relatifs à une prise en charge antérieure dans l'établissement dépourvue de tout lien avec le décès.

Au cas où l'intéressé formule sa demande sur un papier libre sans indiquer quel objectif il poursuit, on reviendra vers lui pour qu'il motive sa demande¹². L'établissement de santé l'informerá par écrit qu'en l'absence de précision de sa part, les informations médicales contenues dans le dossier du patient décédé ne pourront lui être communiquées.

En revanche, dès lors que les conditions seront remplies, l'établissement ne pourra s'opposer à la demande des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, qui auront accès aux informations demandées, de plein droit¹³. Chacun des demandeurs bénéficiera d'un droit d'accès qui lui est propre et il devra recevoir communication de l'ensemble des pièces répondant au motif invoqué (à l'exception bien entendu des documents non communicables par nature : informations relatives à des tiers, etc.)¹⁴.

Nature des informations communicables

Pour que puissent être communiquées les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par le demandeur, un tri du dossier est souvent nécessaire¹⁵.

Il revient au médecin communiquant le dossier¹⁶ d'apprécier quelles sont les pièces utiles pour répondre à la demande de l'intéressé et qui correspondent aux motifs qu'il invoque¹⁷.

Un refus d'accès aux informations opposé au demandeur doit être motivé.

En tout état de cause, il ne fait pas obstacle à la délivrance d'un certificat médical (art. R. 1111-7, CSP), dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

De manière exceptionnelle, dans un contexte de réclamation ou de pré-contentieux, la remise de l'ensemble des pièces du dossier peut être admise, dans un souci de transparence.

Cette communication sera décidée en concertation avec l'équipe médicale, sans pouvoir s'étendre aux données relatives à des tiers ou recueillies auprès de tiers n'étant pas intervenus dans la prise en charge et à l'exception des informations que le patient défunt ne souhaitait pas divulguer.

Elle trouvera sa justification dans la nécessité de maintenir ou de restaurer le dialogue avec la famille du défunt, soupçonneuse à l'égard d'une communication partielle des pièces du dossier. Le caractère dérogatoire et exceptionnel de la communication doit être précisé au demandeur.

Notion d'ayant droit

La CADA considère que « *les personnes bénéficiant de la qualité d'ayants droit du défunt (...) sont les mêmes que celle qui présentent la qualité d'héritier ayant, par application des règles générales du code civil en matière de successions et de libéralités, une vocation universelle ou à titre universel à la succession du patient décédé* »¹⁸.

Ce sont donc les critères du code civil et la **qualité d'héritier** (successeur légal)¹⁹ qui doivent être pris en compte en cas de demande de communication d'informations médicales relatives à un patient décédé²⁰.

Cette définition de la notion d'ayant droit a été confirmée par un arrêté du 3 janvier 2007²¹.

Sont donc écartés du droit à communication, car devant être regardés comme des tiers ²² :

- les membres de la « famille proche » (frère, sœur, petits-enfants, oncle, tante, neveu ou nièce par exemple), sauf dans le cas où ils peuvent prétendre à la qualité d'ayant droit du fait qu'aucun autre membre de la famille ne les précède dans l'ordre des héritiers,
- le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-décès, s'il est dépourvu de la qualité d'héritier²³,
- le notaire chargé de la succession du défunt²⁴.

Mais toute personne pourra en revanche accéder en qualité d'ayant droit aux informations médicales du défunt si elle lui succède par l'effet d'une libéralité, c'est-à-dire du fait d'une disposition testamentaire²⁵.

En effet, la CADA inclut dans la notion d'ayant droit les légataires universels ou à titre universel d'un patient décédé, désignés par testament²⁶. Elle considère que : « *l'existence d'héritiers légaux ne fait pas, par elle-même, obstacle à la désignation d'héritiers testamentaires, de même que l'institution de ces derniers n'exclut pas par principe les héritiers légaux de la succession* »²⁷.

Ordre des ayants droit

La CADA considère que, s'agissant des ayants droit susceptibles d'accéder sur leur demande au dossier médical d'une personne décédée, **il convient de respecter l'ordre des parents héritiers, chacune des quatre catégories de parents constituant « un ordre d'héritiers qui exclut les suivants ».**

On se référera aux dispositions de l'article 734 du code civil, qui dispose ce qui suit :

« En l'absence de conjoint successible, les parents sont appelés à succéder ainsi qu'il suit :

1° Les enfants et leurs descendants ;

2° Les père et mère ; les frères et sœurs et les descendants de ces derniers ;

3° Les ascendants autres que les père et mère ;

4° *Les collatéraux autres que les frères et sœurs et les descendants de ces derniers.*

Chacune de ces quatre catégories constitue un ordre d'héritiers qui exclut les suivants. ».

Par exemple, la CADA a considéré que le conjoint survivant non divorcé a, au même titre que les enfants du défunt (ou leurs descendants), ou, en l'absence de descendance du défunt, que les père et mère de ce dernier, la qualité d'ayant-droit. Cette situation prive de cette qualité les parents du défunt autres que ses enfants, père et mère, en l'absence de dispositions testamentaires contraires²⁸.

Ainsi, la présence d'un conjoint successible ne fait normalement pas obstacle à ce que les enfants, ou les héritiers de ceux-ci s'ils sont décédés, se voient reconnaître la qualité d'ayants droit du défunt au sens des dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique²⁹.

Par ailleurs, il existe des cas particuliers prévus expressément par le code civil en l'absence de conjoint successible. En effet, en l'absence de conjoint successible et de descendance du défunt, les frères et sœurs de l'intéressé ou les descendants de ces derniers sont appelés à lui succéder en concours avec ses père et mère selon les règles combinées des articles 734, 736, 737 et 738 du code civil³⁰. Ainsi dans cette situation, ces derniers peuvent tous se prévaloir de la qualité d'ayant droit.

La CADA rappelle aussi l'application des dispositions de l'article 744 du code civil qui précise qu'à l'intérieur de chaque ordre d'héritiers, l'héritier le plus proche en degré exclu les héritiers plus éloignés³¹. Par exemple, la petite-fille d'une patiente défunte n'a pas la qualité d'héritière la plus proche en degré, dès lors que son père, fils de la défunte, est toujours vivant. Cette dernière ne saurait donc se prévaloir de la qualité d'ayant droit au sens des dispositions précitées³².

Autre exemple : il n'est pas possible de transmettre le dossier médical d'un patient décédé à ses petits-enfants tant que le conjoint successible (héritier avec le degré le plus proche) est vivant.

Autre exemple : peut accéder au dossier médical de sa sœur le frère de celle-ci dont il est l'héritier³³.

De même, sous réserve que le patient décédé n'ait ni descendance, ni conjoint successible, la présence de la mère d'un patient décédé ne prive pas la sœur de ce dernier de la qualité d'ayant droit³⁴ et donc de l'accès au dossier médical du patient.

Preuve de la qualité d'ayant droit

Le demandeur doit apporter la preuve qu'il est successeur testamentaire du défunt ou qu'il n'existe pas de successeurs légaux le précédant dans l'ordre des héritiers déterminé par le code civil³⁵.

Il devra au préalable, si le décès est survenu en dehors de l'établissement (qui n'en aura donc *a priori* pas eu connaissance), en prouver la réalité par la production par exemple d'un acte de décès.

La qualité d'ayant droit peut être établie par tout moyen³⁶ et notamment par la production du livret de famille³⁷ (pour le conjoint successible et les enfants) ou d'un acte de naissance (pour les enfants). L'ayant droit devra également justifier de son identité par la production d'une pièce d'identité (en original ou en copie, en cours de validité).

La CADA précise qu'« *il revient à l'autorité qui détient le dossier du patient, s'agissant des autres ayant droit, d'apprécier la nécessité de pièces complémentaires* »³⁸.

Dans les situations les plus complexes ou les plus incertaines, un acte de notoriété établi par notaire conformément aux articles 730-1 à 730-5 du code civil lui permettra de s'assurer de la qualité du demandeur³⁹. L'acte de notoriété est dressé par un notaire. Il s'agit d'un acte payant.

L'article 730-1 du code civil⁴⁰ dispose ainsi que :

« La preuve de la qualité d'héritier peut résulter d'un acte de notoriété dressé par un notaire, à la demande d'un ou plusieurs ayants droit. L'acte de notoriété doit viser l'acte de décès de la personne dont la succession est ouverte et faire mention des pièces justificatives qui ont pu être produites, tels les actes de l'état civil et, éventuellement, les documents qui concernent l'existence de libéralités à cause de mort pouvant avoir une incidence sur la dévolution successorale.

Il contient l'affirmation, signée du ou des ayants droit auteurs de la demande, qu'ils ont vocation, seuls ou avec d'autres qu'ils désignent, à recueillir tout ou partie de la succession du défunt.

Toute personne dont les dires paraîtraient utiles peut être appelée à l'acte. Il est fait mention de l'acte de notoriété en marge de l'acte de décès ».

Le certificat d'hérédité, autrefois utilisé pour prouver sa qualité d'héritier, n'est plus produit par les mairies.

Si le demandeur ne produit pas d'acte de notoriété, la CADA admet qu'il est possible pour les administrés de prouver leur qualité d'héritier par la production d'une attestation signée par l'ensemble des héritiers, aussi appelée attestation de « porte fort »⁴¹, sous réserve que le montant de la succession ne dépasse pas 5 910€⁴².

En effet, l'article L. 312-1-4 du code monétaire et financier prévoit que les administrés peuvent produire un document par lequel ils attestent :

« a) Qu'il n'existe pas de testament ni d'autres héritiers du défunt ;

b) Qu'il n'existe pas de contrat de mariage ;

c) Qu'ils autorisent le porteur du document à percevoir pour leur compte les sommes figurant sur les comptes du défunt ou à clôturer ces derniers ;

d) Qu'il n'y a ni procès, ni contestation en cours concernant la qualité d'héritier ou la composition de la succession

Pour l'application du présent 2°, l'attestation mentionnée au cinquième alinéa doit également préciser que la succession ne comporte aucun bien immobilier ».

Afin que l'attestation en question soit valable, elle doit être signée devant un officier d'état civil en mairie.

Un tel document n'a pas la même valeur juridique qu'un acte de notoriété, toutefois, la preuve de la qualité d'héritier peut s'établir par tout moyen (art. 730, code civil).

Ainsi, afin de prouver le lien d'hérédité, il s'agira d'opter pour une réponse nuancée comme celle de la CADA en considérant qu'en premier lieu, un acte de notoriété est préféré.

A défaut, une attestation de porte fort signée par tous les héritiers potentiels pourra être produite, et éventuellement des documents pouvant appuyer cette déclaration.

Par exemple, si la mère d'un patient défunt déclare être sa seule héritière et souhaite accéder au dossier médical de son fils, elle devra apporter la preuve, en plus d'une attestation de porte fort, qu'il n'a pas d'enfant ni de conjoint (avec l'extrait d'acte de naissance et l'acte de décès).

Conflits entre plusieurs ayants droit

La qualité d'ayant droit est à elle seule suffisante et « aucune disposition législative ou réglementaire n'autorise l'administration à refuser la communication d'un dossier en excipant des risques de conflit entre ayants droit »⁴³.

Si la qualité d'ayant droit est prouvée pour chacun des demandeurs, l'hôpital est tenu de répondre à chaque demande d'accès⁴⁴, dans le respect des dispositions précitées.

Personne mandatée par un ayant droit

L'ayant droit d'une personne décédée peut mandater une personne afin de lui permettre d'obtenir communication d'informations médicales⁴⁵ (v. chapitre 6).

Communication d'informations médicales au concubin ou au partenaire lié par un Pacs

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 21 janvier 2016, il est prévu qu'en cas de décès d'un patient, son concubin ou son partenaire lié par un Pacs peut avoir accès à son dossier médical, dans les conditions des dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique⁴⁶.

La CADA précise que « la preuve de la qualité de concubin doit également pouvoir être apportée par tous moyens par l'intéressé, c'est-à-dire par production de toute pièce : certificat de concubinage s'il en existe mais également bail commun, factures, courriers, photographies, témoignages écrits ou autres - permettant d'attester de la vie commune, de sa stabilité, de son caractère notoire et de la mise en commun même partielle de moyens matériels »⁴⁷.

S'agissant des critères permettant de reconnaître une situation de concubinage, la CADA s'est fondée sur la jurisprudence préexistante. Elle a considéré que pouvait être reconnu « l'état de concubinage, à la triple condition, premièrement, que la vie commune ait une certaine stabilité imitée du mariage, deuxièmement, qu'elle soit notoire c'est-à-dire connue des tiers et, troisièmement, qu'elle repose sur une mise en commun même partielle de moyens matériels »⁴⁸.

La preuve de la qualité de partenaire lié par un Pacs se prouve par la convention de Pacs.

Accès simultané des ayants droit et du concubin ou du partenaire lié par un Pacs

Il n'existe pas de hiérarchie entre les ayants droit, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin. En effet, l'ordre de succession qui s'opère en application de l'article 734 du code civil n'interfère pas avec le droit d'accès au dossier médical du concubin ou du partenaire lié par un Pacs. Ainsi, la communication du dossier peut se faire simultanément à l'ensemble des personnes visées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (à savoir ayants droit, concubin ou partenaire pacsé)⁴⁹.

Communication d'informations médicales d'un patient étranger non résident français

Quelle que soit la nationalité ou lieux de résidence du patient décédé ou de ses ayants droit, les dispositions de l'article L. 1110-4 précité s'appliquent. Le Conseil d'Etat ainsi que la CADA considèrent que la qualité d'ayant droit doit être interprétée comme renvoyant uniquement aux successeurs légaux ou testamentaires définis par les dispositions du code civil⁵⁰.

Au regard du droit international privé, la loi applicable à la succession est en principe celle de l'Etat du lieu de la résidence habituelle de la personne décédée⁵¹.

Ainsi, dans cette situation, lorsqu'une demande émane d'un proche d'un patient défunt étranger et non résident français, il convient de se reporter au droit successoral du lieu de résidence du patient pour déterminer la qualité d'ayant droit de la personne qui fait la demande et son ordre de succession.

Par exemple, dans le droit marocain, en l'absence de testament, l'ordre des ayants droit est proche de celui du code civil français, chaque catégorie excluant celle qui suit. La première est celle des enfants et du conjoint, puis les parents, les grands-parents et en quatrième les frères et sœurs. Si la demande émane des parents et du frère du patient décédé, seuls les parents pourront accéder au dossier médical s'ils prouvent l'absence (ou le décès) de conjoint et d'enfants. Les parents étant vivants, le frère ne pourra pas se voir communiquer ces éléments. Les documents de preuve fournis par les proches devront être traduits en langue française.

Dans le droit Sud-Africain, lorsque la personne décédée n'a pas fait de testament et n'a pas de conjoint ni d'enfant, alors la succession revient à ses parents survivants, à parts égales. La mère qui fait une demande de communication du dossier médical de sa fille décédée doit prouver qu'il n'y a ni conjoint, ni enfant. Une attestation sur l'honneur (« *statement* », « *affidavit* ») produite par la mère et signée par l'autorité de police locale pourrait suffire. Toutefois, dans ces situations, il convient de prendre attache avec l'ambassade d'Afrique du Sud en France afin de confirmer la valeur juridique de cette attestation auprès des autorités sud-africaines (Par analogie, en France, une telle attestation sur l'honneur ne serait pas suffisante pour prouver l'absence de conjoint ou d'enfant : il serait nécessaire pour la mère de fournir un acte notarié).

Communication d'informations médicales à un ayant droit mineur

Si l'ayant droit du patient décédé est mineur, il ne peut avoir accès aux informations médicales contenues dans le dossier du défunt que par l'intermédiaire de son représentant légal (en principe le ou les titulaires de l'autorité parentale). Il ne sera donné suite à la demande que si le patient ne s'est pas opposé, de son vivant, à l'accès aux informations médicales contenues dans son dossier.

Le représentant légal doit dans cette situation :

- demander l'accès au dossier médical du patient décédé au nom de l'ayant droit mineur ;
- attester que cette demande est destinée à permettre à l'ayant droit mineur de « *connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits* » ;
- produire tout document attestant de sa qualité de représentant légal du mineur.

La communication ne pourra porter que sur les seules informations répondant à l'objectif poursuivi par l'intéressé.

Il arrive parfois que, de son vivant, le patient ait explicitement interdit toute communication des informations médicales le concernant à son conjoint ou ex-conjoint qui se trouve par ailleurs être le

représentant légal de leurs enfants. Dans ce cas particulier, la CADA indique qu'il ne doit être fait droit à la demande du représentant légal de l'ayant droit mineur⁵². Afin que le mineur puisse néanmoins accéder aux informations, elle a précisé qu'il « *serait possible au juge des tutelles de désigner un tiers mandaté pour représenter* » l'ayant droit mineur afin qu'il accède au dossier médical du patient décédé.

Enfin, le représentant légal de l'ayant droit mineur peut mandater un avocat selon les conditions de droit commun (v. chapitre 6). Il sera fait droit à la demande de dossier par l'avocat dès que ce dernier aura fourni tous les documents nécessaires (preuve de la qualité de titulaire de l'autorité parentale par une copie du livret de famille par exemple, preuve de son identité).

Communication des informations portant sur les caractéristiques génétiques

La CADA a précisé que le droit d'accès au dossier médical d'un patient décédé « *est fonction du contenu de ces informations médicales, en ce sens que des informations médicales ne sont communicables à un ayant droit que dans la mesure où elles sont nécessaires pour atteindre le ou les objectifs qu'il poursuit.*

Ainsi, selon l'objectif poursuivi par le demandeur et lorsque cet objectif sera de connaître les causes de la mort, le rôle qu'une maladie ayant une origine ou une traduction génétique aura joué sur le décès du patient, ce droit pourra ou non porter sur des informations relatives à cette maladie et aux caractéristiques génétiques du patient décédé »⁵³.

En somme, la communication pourra être effectuée, sans particularités, sur le fondement de la recherche des causes de la mort⁵⁴.

Depuis la loi bioéthique du 2 août 2021, les informations concernant la personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales, peuvent faire l'objet d'une communication. Ces informations peuvent être délivrées uniquement au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (art. L. 1110-4, CSP).

Accès au dossier médical du mineur décédé

Alors que le code de la santé publique n'en faisait pas mention, plusieurs avis de la CADA avaient considéré que les représentants légaux d'un mineur pouvaient avoir accès au dossier médical de leur enfant, après son décès, comme c'était déjà le cas de leur vivant⁵⁵.

La loi de modernisation de notre système de santé du 21 janvier 2016 a entériné cette interprétation en modifiant l'article L. 1110-4 du code de la santé publique comme suit :

« Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 ».

Refus de communication

L'établissement peut refuser l'accès au dossier à l'ayant droit, pour les différentes raisons qui viennent d'être évoquées.

L'administration hospitalière doit dans ce cas motiver sa décision : « *Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit est motivé* » (art. R. 1111-7, CSP).

« *Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical* ».

Ceci signifie, par exemple, qu'un certificat de décès précisant que la cause du décès est naturelle peut être délivré à la famille quelles que soient les circonstances, si le décès n'est pas suspect⁵⁶.

L'accès des ayants droit au dossier médical ne peut leur être refusé au seul motif que le testament du malade, établi à l'époque de l'hospitalisation, est contesté en justice⁵⁷.

Retard de communication et préjudice moral

La jurisprudence du Conseil d'Etat a dégagé une présomption de préjudice moral pour les proches d'un patient décédé en cas de communication par un établissement public de santé, **dans un délai déraisonnable**, d'informations permettant d'éclairer sur les causes de la mort.

La haute juridiction a ainsi conclu dans une décision de 2024 : "*L'absence de communication aux ayants droit des informations nécessaires pour éclairer les causes du décès comme le retard à les communiquer dans un délai raisonnable constituent des fautes et sont présumés entraîner, par leur nature même, un préjudice moral, sauf circonstances particulières en démontrant l'absence [de faute].* »⁵⁸.

En l'espèce, le CHU concerné a mis 18 mois à communiquer la radiographie prise le jour du décès de la patiente et la feuille de dispensation de médicaments, réclamés par l'époux et la fille de la patiente pour leur permettre de connaître les causes de la mort.

Notes du chapitre 11

¹ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration...*, préc., p. 61

² La loi permet en effet la communication, entre autres conditions, « sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès » (art. L. 1110-4, CSP) ; CADA, Directeur du Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille, avis n° 20083539 du 11 septembre 2008 : non communicabilité du dossier, le patient décédé s'étant expressément opposé de son vivant à ce que sa famille soit informée de son hospitalisation ; CADA, Conseil départemental d'Indre-et-Loire, conseil n°20205628 du 11 février 2021

³ CADA, avis n° 20150518, 19 mars 2015. En l'espèce, le frère de la patiente décédée conteste l'opposition formée par cette-dernière à la communication du dossier médical dans une lettre manuscrite. La CADA considère que « Madame X avait manifesté, par lettre du 6 septembre 2009, la volonté que sa famille ne soit pas tenue informée de son séjour à l'hôpital et désigné une liste de mandataires habilités à prendre des décisions la concernant, parmi lesquels ne figurait par le nom du demandeur. Lors des observations réalisées au cours du séjour hospitalier de l'intéressée, la personne de confiance désignée par Madame X avait réitéré ce refus de la patiente. La commission, qui ne dispose d'aucun élément permettant de considérer que le discernement de Madame X était altéré lorsqu'elle a exprimé cette volonté, qui a été recueillie par un médecin, considère que ce refus, sur lequel l'intéressée n'est pas revenue, peut être valablement opposé à la demande de Monsieur X, présentée après le décès de sa sœur ».

⁴ CADA, avis n° 20155869, 18 février 2016

⁵ Conseil d'Etat, 21 septembre 2020, n°427435

⁶ Ce motif permettra ainsi l'accès à un rapport d'autopsie « dès lors que l'ensemble des informations figurant dans un rapport d'autopsie destiné à obtenir un diagnostic sur les causes du décès doit être regardé comme se rapportant à l'objectif de la connaissance des causes de la mort » (CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil n° 20123718 du 22 novembre 2012).

⁷ Par exemple : pour un patient décédé dont on prétend qu'il était soigné pour telle ou telle pathologie.

⁸ « Le souhait d'une personne de confirmer sa filiation n'est pas au nombre des objectifs pouvant légalement justifier la communication de pièces du dossier médical d'une personne décédée » (CADA, Directeur du Centre hospitalier de Fontainebleau, conseil n° 20084204 du 13 novembre 2008).

⁹ Art. R. 1111-7, CSP

¹⁰ CADA, Centre hospitalier intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer (CHITS), avis n°20210978 du 30 avril 2021

¹¹ Le 24 janvier 2008, la CADA rendait ainsi un avis défavorable à la transmission d'informations médicales demandée par un ayant droit au motif que ce dernier n'avait pas motivé sa demande : « la commission relève que Mme L. n'invoque ni la circonstance qu'elle souhaite connaître les causes de la mort de sa mère, ni qu'elle souhaite défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits. En l'état, la commission ne peut qu'émettre un avis défavorable. Il appartient à Mme L., si elle s'y croit fondée, de saisir le directeur de l'hôpital Saint-Julien d'une demande justifiée par un des motifs précités prévus par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique » (avis n° 20080509, Directeur de l'Hôpital Saint-Julien de Nancy) ; CADA, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen, avis n°20170059 du 23 mars 2017; art. 2 de l'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 préc.

¹² « 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. Invoqués tels quels, ils ne sauraient ouvrir droit à communication d'un document médical. Le demandeur doit ainsi préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant » (CADA, Centre hospitalier de Cornouaille, conseil n° 20122968 du 13 septembre 2012, avis n° 20192033 et n° 20192055 du 31 décembre 2019).

¹³ CADA, conseil n° 20022486 du 27 juin 2002. Ceci sans que l'établissement n'ait à mener d'investigations sur la réalité du motif invoqué. Il n'appartient en effet pas aux médecins chargés de l'examen du dossier d'apprécier

l'opportunité de la communication de tout ou partie du dossier, mais seulement l'adéquation des pièces communiquées aux motifs légaux de communication invoqués par le demandeur. L'établissement peut ainsi être conduit, selon les cas, à transmettre l'ensemble du dossier ou bien à se limiter à la communication des pièces répondant strictement à l'objectif poursuivi. L'équipe médicale n'est, en outre, nullement liée par une éventuelle liste de pièces réclamées par le demandeur. Si un ayant droit utilise des éléments du dossier médical du patient décédé à d'autres fins que celles qui ont été invoquées lors de la demande de communication, l'établissement peut lui faire un rappel à la loi quant au motif initial de sa demande. Mais un usage des documents non conforme à la demande initiale n'est pas forcément contestable : l'ayant droit ayant demandé l'accès au dossier médical d'un patient décédé afin, par exemple, de connaître les causes du décès, pourra légitimement utiliser ces éléments lors d'une procédure indemnitaire (CADA, Centre hospitalier de Cornouaille, conseil n° 20122968 du 13 septembre 2012).

¹⁴ *La CADA, constatant que les documents remis consistent uniquement en une attestation de réponse et à un compte rendu d'hospitalisation sommaire comportant la mention « décès post-opératoire », estime que cette communication ne répond pas à l'évidence aux exigences légales de communication. Elle considère que doit être communiqué l'ensemble des pièces permettant au demandeur, ayant droit du défunt, de connaître les causes précises et exactes du décès (CADA, Directeur du Centre hospitalier intercommunal de Montfermeil, avis n° 20101346 du 8 avril 2010).*

¹⁵ *Conseil d'Etat, 26 septembre 2005, Conseil national de l'Ordre des médecins, n° 270234*

¹⁶ *Ou à d'autres médecins compétents pour apprécier (CADA, Centre hospitalier de Cornouaille, conseil n° 20122968 du 13 septembre 2012). Voir aussi CADA, Avis n° 20192033 et n° 20192055 du 31 décembre 2019.*

¹⁷ *CADA, Directeur de l'Hôpital Max-Fourestier, avis n° 20064554 du 26 octobre 2006. La CADA estime, en règle générale, que les radiographies, les analyses et le dossier infirmier contenus dans le dossier médical du défunt sont, au même titre que le compte rendu d'hospitalisation, de nature à permettre aux ayants droit de connaître les causes de la mort (avis n° 20120945 du 8 mars 2012, Directeur du Centre hospitalier Jacques Lacarin de Vichy). « Il n'appartient pas aux médecins chargés de cet examen du dossier d'apprécier l'opportunité de la communication de tout ou partie du dossier, mais seulement l'adéquation des pièces communiquées aux motifs légaux de communication invoqués par le demandeur. L'établissement peut ainsi être conduit, selon les cas, à transmettre l'ensemble du dossier ou bien à se limiter à la communication des pièces répondant strictement à l'objectif poursuivi. L'équipe médicale n'est, en outre, nullement liée par une éventuelle liste de pièces réclamées par le demandeur » (CADA, avis n° 20192055 du 31 décembre 2019).*

¹⁸ *Par exemple : CADA, Secrétaire générale de l'AP-HP, conseil n° 20121675 du 5 avril 2012 ; CADA, conseil n° 20182118 du 27 septembre 2018 ; CADA, conseil n° 20202607 du 24 septembre 2020*

¹⁹ *Mais la renonciation à la succession est sans influence sur le droit de l'héritier à obtenir communication des informations médicales concernant le défunt, dès lors qu'il remplit les autres conditions fixées par la loi (CADA, Directeur de l'hôpital Saint-Julien de Nancy, avis n° 20080509 du 24 janvier 2008). Sauf pour les conjoints divorcés CADA, Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) La Rose des Vents, avis n°20204385 du 10 décembre 2020*

²⁰ *Conseil d'Etat, 30 décembre 2015, n° 380409 B*

²¹ *Art. 1er de l'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques.*

²² *CADA, Directeur du Centre hospitalier de Sarrebourg, avis n° 20065578 du 22 février 2007, Directeur du Centre hospitalier de La Rochelle avis n° 20065402 du 22 février 2007 ; CADA, Conseil départemental de l'ordre des médecins de Loire-Atlantique, Conseil n°20194637 du 30 janvier 2020*

²³ *Conseil d'Etat, 30 décembre 2015, n° 380409 B. ; CADA, avis n° 20140853 du 27 mars 2014 ; CADA, Centre hospitalier du Jura Sud - Site de Lons-le-Saunier, conseil n°20202607 du 24 septembre 2020*

²⁴ *CADA, Secrétaire générale de l'AP-HP, conseil n° 20121675 du 5 avril 2012. Si ces personnes ne sont pas héritiers légaux ou testamentaires, universels ou à titre universel du patient décédé, elles ne présentent pas la qualité d'ayant droit et ne sont donc pas au nombre des personnes en faveur desquelles le législateur a levé le secret médical ; Conseil d'Etat, n°380409, 30 décembre 2015 Je ne retrouve pas cet arrêt.*

²⁵ CADA, CHU de Rennes, conseil n° 20041635 du 15 avril 2004 ; Directeur du Centre hospitalier de Sarrebourg, conseil n° 20065578 du 22 février 2007

²⁶ CADA, 21 novembre 2024, avis n° 20246211

²⁷ CADA, conseil n°20182118, 27 septembre 2018 ; CADA conseil n°20155510, 17 décembre 2015 ; CADA avis n°20140853, 27 mars 2014

²⁸ Le conjoint successible est donc ici placé au même rang que les enfants ou à défaut que les héritiers de premier rang ; CADA, conseil n°20155510, 17 décembre 2015, CADA, conseil n° 20150661, 19 mars 2015 ; CADA, avis n°20140853 du 27 mars 2014, CADA, avis n° 20121675, 5 avril 2012

²⁹ Voir note 15 supra et CADA avis n°20243006 du 18 juin 2024

³⁰ CADA, conseil n° 20150661, 19 mars 2015

³¹ CADA, conseil n° 20155510, 17 décembre 2015 ; CADA, conseil n° 20213477 du 8 juillet 2021 ;

³² CADA, avis n°20243006 du 18 juin 2024 (Ibid)

³³ CADA, Directeur du Centre hospitalier de Sambre Avesnois, avis n° 20084024 du 23 octobre 2008.

³⁴ CADA, conseil n°20150661, 19 mars 2015

³⁵ CADA, Président du Conseil général du Finistère, conseil n° 20120223 du 26 janvier 2012 : non communicabilité de pièces médicales couvertes par le secret de la vie privée à une sœur jumelle biologique, qui a appris l'existence de sa sœur en consultant son propre dossier, mais avait rompu du fait de son adoption plénière tous ses liens juridiques de filiation avec sa famille d'origine ; CADA, Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise, conseil n°20200762 du 13 avril 2020

³⁶ Art. 731 et s., code civil

³⁷ CADA, Directeur du centre hospitalier de Rambouillet, conseil n° 20103164 du 9 septembre 2010. Mais un acte du notaire n'attestant que d'un lien de parenté n'est pas suffisant ; CADA, Centre hospitalier de Guéret, avis n°20201759 du 30 septembre 2020

³⁸ Voir note 24 supra

³⁹ CADA, avis n° 20190636, 31 décembre 2019

⁴⁰ Modifié par l'article 9 de la loi n°2007-1727 du 20 décembre 2007

⁴¹ CADA, conseil n°20181237, 28 juin 2018

⁴² Arrêté du 3 décembre 2024 pris en application de l'article L. 312-1-4 du code monétaire et financier

⁴³ CADA, Directeur du Centre hospitalier de Sambre Avesnois, conseil n° 20020684 du 28 février 2002. Par exemple en cas de litige ou de procédure opposant les héritiers entre eux (ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 41). La présence d'un conjoint successible ne fait normalement pas obstacle à ce que les enfants, ou les héritiers de ceux-ci s'ils sont décédés, se voient reconnaître la qualité d'ayants droit du défunt au sens des dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Lorsque plusieurs personnes disposent effectivement de la qualité d'héritier, chacune d'elles peut exercer le droit d'accès que garantit cet article, dans les limites résultant de la jurisprudence du Conseil d'Etat. L'existence d'un conflit entre ayants droit ne peut être invoquée pour refuser la communication du dossier à l'un d'entre eux, dès lors qu'il remplit les conditions légales d'accès (CADA, Directeur du Centre hospitalier George-Sand - site de Bourges, conseil n° 20104663 du 2 décembre 2010).

⁴⁴ CADA, Directeur du Centre hospitalier George-Sand - Site de Bourges, conseil n° 20104663 du 2 décembre 2010, : « Lorsque plusieurs personnes disposent effectivement de la qualité d'héritier et donc, d'ayant droit, (...) chacune d'entre elles peut exercer le droit d'accès (garanti par la loi) au dossier médical du défunt (...) ».

⁴⁵ CADA, Secrétaire général de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, conseil n° 20081938 du 19 juin 2008 ; CADA, présidente du centre des monuments nationaux, conseil n°20113971 du 20 octobre 2011

⁴⁶ Art. L. 1111-7, CSP

⁴⁷ CADA, conseil n° 20160797, 14 avril 2016

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Conseil d'Etat, 30 déc. 2015, n°380409 B. ; CADA, 17 déc. 2015, n°20155510

⁵¹ Art. 21 du Règlement européen (UE) n° 650/2012 du 4 juillet 2012 relatif à la compétence, la loi applicable, la reconnaissance et l'exécution des décisions, et l'acceptation et l'exécution des actes authentiques en matière de successions et à la création d'un certificat successoral européen, dit « règlement Successions »

⁵² CADA, Directeur de l'Hôpital Haut-Lévêque de Pessac, avis n° 20072173 du 7 juin 2007

⁵³ CADA, Secrétaire générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, conseil n° 20072015 du 5 juillet 2007 ; CADA, Centre hospitalier du Val d'Ariège, avis n° 20142924 du 18 sept. 2014

⁵⁴ Ceci concerne des informations déjà constituées. On rappellera en revanche que l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne requérant son consentement préalable et écrit (art. 16-10, code civil), il ne saurait être procédé post mortem à cet examen à la suite de la remise à un ayant droit de matériel biologique pouvant être utilisé à cet effet (lames ou blocs d'anatomie pathologique notamment).

⁵⁵ CADA, Directeur général de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, avis n° 20100382 du 28 janvier 2010. Ce point faisait notamment l'objet d'une recommandation du Défenseur des droits dans son rapport annuel 2011 (Rapport, p. 86)

⁵⁶ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 41

⁵⁷ Conseil d'Etat, 2 janvier 2003, AP-HP, Dr. adm. 2003, n° 54

⁵⁸ Conseil d'Etat, 13 février 2024, décision n°460187

Chapitre 12 – Le dossier du détenu >>

La loi a confié à certains établissements de santé, expressément chargés de cette mission de service public, le soin de prendre en charge médicalement les prévenus et détenus¹.

Le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération quels que soient la durée et les lieux successifs de sa détention.

Ainsi, un dossier médical « patient » est constitué pour chaque personne détenue, dès son entrée dans un établissement pénitentiaire par le service médical de l'établissement de santé correspondant (unité sanitaire en milieu pénitentiaire - USMP). Conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé désigné par le directeur général de l'ARS, son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont soumis aux règles du droit commun.

Le dossier médical peut également être constitué par un établissement de soins différent de l'établissement de santé de proximité désigné par le directeur général de l'ARS. L'établissement de santé est responsable de sa conservation.

Application du droit commun

Lorsqu'un patient détenu est soigné par un établissement de santé dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA ou « unité sanitaire »), un dossier médical doit être constitué pour son suivi médical par cet établissement. Le patient peut aussi être hospitalisé en UHSI (unité hospitalière sécurisée inter-régionale telle que celle de la Pitié Salpêtrière).

Il contient les éléments prévus aux articles R. 1111-1 à R. 1112-9 et R. 1112-2 du code de la santé publique qui listent l'ensemble des informations, des documents et des sous-dossiers qui doivent nécessairement figurer dans le dossier médical.

Ce dossier médical doit être établi et constitué en conformité avec les dispositions de droit commun du code de la santé publique.

Les articles L. 322-3 et L. 322-4 du code pénitentiaire prévoient en effet que :

- L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.
- Chaque personne détenue a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant, dans les conditions prévues par les dispositions des articles L. 1110-4 du même code, relatives au secret médical et R. 4127-4 relatives au secret professionnel des médecins.

S'agissant de l'accès au dossier médical, les dispositions du droit commun s'appliquent aux détenus. Ainsi :

- Toute personne a accès aux informations concernant sa santé détenue par des professionnels et établissements de santé.
- La personne détenue peut accéder à ces informations, soit directement en adressant une demande à l'établissement de santé de rattachement soit par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet.
- La présence d'une tierce personne lors de la consultation de ces informations peut être recommandée ;

- La consultation des informations (dans le cadre d'une intervention d'urgence) peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur ;
- Pour les mineurs, seules les personnes détentrices de l'autorité parentale pourront exercer le droit d'accès au dossier médical, sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique. Le mineur peut demander que cet accès ait lieu en présence d'un médecin (v. chapitre 7).
- Les ayants droit d'une personne décédée peuvent accéder aux informations médicales dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du même code.

Conditions spécifiques d'accès au dossier médical

Si la personne détenue choisit de se faire accompagner par un médecin, elle doit indiquer à l'unité sanitaire le nom et les coordonnées du médecin qu'elle aura désigné. Après s'être assuré de la qualité de médecin de la personne désignée, l'établissement de santé peut, selon son choix ou celui du demandeur, lui adresser ou lui remettre les documents².

Pour communiquer les informations à la personne détenue, le médecin doit demander un permis de visite à l'autorité compétente :

- un magistrat saisi du dossier d'information pour les prévenus ;
- un chef d'établissement pour les personnes condamnées.

Le permis de visite en question devra préciser que le médecin est autorisé à amener une copie des documents, bien que la remise de ceux-ci à la personne concernée ne soit pas possible. Dans le cas où le médecin désigné souhaite communiquer ces informations par courriel à la personne détenue, il est rappelé qu'il n'est pas fait exception aux dispositions relatives au contrôle des courriers.

De même, si la personne détenue souhaite disposer d'une copie de son dossier médical en cellule, celle-ci s'expose à le voir contrôler par les personnels pénitentiaires lors de fouilles³.

Communication à des médecins extérieurs

La communication du dossier médical des personnes détenues à des praticiens extérieurs obéit aux mêmes règles que celles du droit commun.

Lorsqu'une hospitalisation ou des examens spécifiques sont nécessaires, le médecin de l'unité sanitaire est tenu de communiquer, avec l'accord du patient détenu ou celui des détenteurs de l'autorité parentale si le patient est mineur, les éléments du dossier médical indispensables à la continuité des soins.

De même, l'accès au dossier médical d'un patient détenu (ou hospitalisé sans son consentement) par les médecins du Comité européen de prévention de la torture (CEPT) et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) ou par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ne peut être autorisé qu'avec le consentement de la personne concernée.

Les médecins membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé (ARS) ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie peuvent avoir accès à ces informations, dans le respect des règles de déontologie médicale, lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Le dossier médical peut également être saisi, sur réquisition de l'autorité judiciaire, en l'absence de l'accord du patient. Dans ce cas, il est nécessaire que le directeur de l'établissement de santé (ou son représentant) soit présent ainsi qu'un médecin responsable de l'unité sanitaire et un représentant du conseil de l'Ordre des médecins.

S'il est fait appel au service des urgences ou à un médecin de garde, en dehors des horaires d'ouverture de l'USMP, le dossier médical doit être présenté au médecin qui se présente. A cet effet, l'USMP et l'établissement pénitentiaire doivent prévoir une procédure d'accès tracée qui préserve le secret médical.

En cas de transfert ou de sortie du patient

Le guide méthodologique ministériel⁴ évoque les trois situations suivantes :

- Le transfert du patient vers un autre établissement pénitentiaire : dans ce cas, les informations médicales nécessaires à sa prise en charge (la copie du dossier médical) doivent être transmises au responsable médical de l'unité sanitaire du nouvel établissement dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité (pli cacheté).
- L'extraction ou le transfèrement du patient vers un établissement de santé : dans ce cas, les informations médicales contenues dans le dossier doivent être transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité ;
- La libération du patient : dans ce cas, les éléments essentiels du dossier médical nécessaires à la continuité des soins doivent être adressés au patient et à son médecin traitant⁵.

Notes du chapitre 12

¹ Art. L. 6111-1-2, CSP

² Art. L. 1111-7, CSP

³ Art. L. 345-3, code pénitentiaire

⁴ Guide méthodologique « prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice » 2019, Partie 1, Chapitre 2, Fiche 1

⁵ Art. R. 1112-60 et R. 1112-61, CSP

Chapitre 13 – Quand le dossier est demandé par la police ou la justice >>

Il n'est pas rare, en matière pénale, que l'hôpital soit sollicité par la police ou, plus exceptionnellement, directement par un procureur ou un juge d'instruction qui demandent la communication de tout ou partie d'un dossier médical ou de tels ou tels documents qui le composent.

Il convient de répondre avec précaution à ces demandes compte tenu du caractère confidentiel des informations détenues par l'hôpital, sans pour autant entraver l'action de la justice.

La réquisition judiciaire

La réquisition judiciaire est un document écrit par lequel l'autorité judiciaire exige, pour les besoins d'une enquête ou d'une information judiciaire, la délivrance de documents ou la divulgation d'informations.

Les réquisitions aux fins de communication de documents médicaux effectuées par les officiers de police judiciaire (OPJ), par le procureur de la République ou par le juge d'instruction peuvent avoir lieu dans les différents cadres d'enquête prévus par le code de procédure pénale : l'enquête préliminaire (art. 77-1-1 du code de procédure pénale), l'enquête de flagrance (art. 60 du code de procédure pénale), l'enquête en recherche des causes de la mort ou de blessures graves (art. 74 du code de procédure pénale) ou encore d'une information judiciaire (art. 99-3 du code de procédure pénale)¹.

Le juge d'instruction, le procureur de la République ou l'OPJ (uniquement sur autorisation du procureur de la République en cas d'enquête préliminaire) peuvent ainsi « *par tout moyen, requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des informations intéressant l'enquête, y compris, sous réserve de l'article 60-1-2, celles issues d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces informations, notamment sous forme numérique, le cas échéant selon des normes fixées par voie réglementaire, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel. Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-5 la remise des informations ne peut intervenir qu'avec leur accord* »¹.

Il est en principe obligatoire de répondre à ces réquisitions, l'absence de réponse dans les meilleurs délais étant constitutive d'un délit puni d'une amende de 3 750 euros.

Toutefois, par exception, les informations de nature médicale ne peuvent être transmises qu'avec l'accord du médecin. Ce dernier peut en effet s'opposer à la remise de documents médicaux en faisant état d'un « motif légitime ». Cette notion de motif légitime est difficile à illustrer, n'ayant pas été précisée par la jurisprudence.

L'obligation de répondre aux réquisitions s'impose aussi bien aux médecins qu'aux établissements et administrations détentrices des informations. Par référence aux dispositions selon lesquelles « *dans les établissements publics de santé (...), les informations relatives à la santé d'une personne (...) sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet* » (art. R. 1112-1, CSP), la communication de

documents demandés à la direction d'un établissement sous la forme d'une réquisition devra s'effectuer par l'intermédiaire d'un médecin.

Les fonctionnaires de police sollicitant la remise du dossier médical ou d'éléments de celui-ci devront présenter à la direction de l'hôpital ou au service concerné une réquisition écrite adressée au responsable de la structure médicale, précisant notamment la nature exacte des documents demandés ainsi que le cadre procédural dans lequel ils agissent.

La réponse des médecins à une demande de communication de documents contenant des informations médicales formulée dans ce contexte peut donc être :

- **favorable** : dans cette circonstance, aucune infraction liée à la violation du secret médical ne pourra alors lui être reprochée, la réquisition constituant juridiquement une autorisation de la loi de communiquer les documents sollicités.

La transmission des documents s'analyse dans cette hypothèse en une remise volontaire de pièces médicales.

La présence d'un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins n'est donc pas exigée par la loi. Elle est cependant recommandée, sauf en cas d'urgence, conformément à la position du conseil national de l'ordre des médecins et à une circulaire du ministère de la Justice².

En pratique, l'OPJ se rend dans le service hospitalier en présence du chef de service ou de son représentant, d'un représentant de la direction et d'un membre du CDOM après avoir convenu d'une date et d'un horaire de rendez-vous. Des copies lui sont transmises (l'établissement gardant l'original des pièces médicales).

- **défavorable** : dans cette circonstance, il revient au médecin de faire part expressément de son refus à l'officier de police judiciaire, en explicitant sa position, c'est-à-dire en précisant pourquoi cette transmission lui paraît impossible dans le cas spécifique du patient concerné. Le médecin ne pourra alors être poursuivi pour non-respect d'une réquisition s'il dispose d'un motif légitime.

En cas de refus, les renseignements requis pourront toutefois être saisis dans le cadre d'une perquisition en présence d'un magistrat et d'un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins.

La perquisition et la saisie

D'initiative ou après un refus de communication, les magistrats ont toujours la faculté de saisir les documents requis dans le cadre d'une perquisition : le dossier est alors appréhendé directement par le procureur de la République ou le juge d'instruction, sans remise volontaire de la part de l'hôpital.

L'article 56-3 du code de procédure pénale dispose que les perquisitions dans le cabinet d'un médecin « *sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'Ordre (...) auquel appartient l'intéressé ou de son représentant* ».

La perquisition doit être effectuée personnellement par le magistrat et non par l'intermédiaire d'un officier de police judiciaire³.

La condition de présence d'un représentant de l'Ordre est essentielle⁴ puisqu'elle détermine la validité de la perquisition. Elle traduit l'obligation imposée au juge par l'article 56 du code de procédure pénale de « *prendre toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel* ».

Le rôle du représentant de l'Ordre est de vérifier que la perquisition et la saisie ne portent pas atteinte au secret professionnel pour les dossiers et informations qui ne sont pas concernés par la procédure. En revanche, il ne peut participer à la perquisition, ni prendre connaissance des pièces saisies⁵.

Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) recommande de placer le dossier médical sous scellés fermés (en présence du conseiller ordinal) afin que seul l'expert nommé à cet effet puisse prendre connaissance de son contenu⁶. Toutefois, la mise sous scellés fermés n'est pas une obligation posée par le code de procédure pénale.

Une précaution utile, pour la continuité des soins comme pour la défense de l'établissement ou du praticien, est la conservation par l'établissement de santé d'une copie des documents saisis. En effet, les documents qui auront été remis à la police ou saisis par elle ou un magistrat seront en pratique difficiles à récupérer dans de brefs délais et à tout le moins, avant l'achèvement de la procédure judiciaire⁷.

En principe, un inventaire des pièces concernées doit être effectué (art. 56 al. 4 du code de procédure pénale).

Cas particulier des réquisitions émanant de tribunaux étrangers

Conformément aux dispositions de la convention de La Haye du 18 mars 1970 sur l'obtention des preuves à l'étranger en matière civile ou commerciale, les demandes d'obtention d'éléments du dossier médical d'un patient ne peuvent passer directement par l'établissement de santé. Elles doivent être transmises au Département de l'entraide, du droit international privé et européen (DEDIPE) de la direction des affaires civiles et du Sceau du ministère de la justice, en sa qualité d'autorité centrale pour les suites à donner.

En matière civile, la production forcée ordonnée par le juge

Dans le cadre d'une instance civile à laquelle l'hôpital n'est pas partie (par exemple dans une affaire relative à la contestation d'un testament), le juge peut ordonner la production d'un dossier médical s'il est essentiel au litige⁸. Par principe, l'ordonnance doit être signée et signifiée à l'hôpital, à moins que le juge n'en décide autrement⁹.

Il est possible de s'opposer à cette communication, en établissant l'existence d'un « empêchement légitime », tenant notamment au secret professionnel¹⁰. La Cour de cassation en a ainsi déjà décidé, en jugeant qu'un établissement de santé avait la faculté d'invoquer un empêchement légitime lorsqu'il lui était ordonné de communiquer des informations couvertes par le secret, sans l'accord de l'intéressé ou de ses ayants droit¹¹.

Si la communication du dossier médical ordonnée ne soulève pas de difficulté, il conviendra en revanche d'y procéder sans délai.

Le dossier devra être directement adressé aux parties expressément désignées dans l'ordonnance. En parallèle, l'hôpital informera leurs avocats de l'exécution de l'ordonnance et de la communication du dossier médical.

La production du dossier par le médecin dans le cadre de l'exercice des droits à sa défense

Un médecin, mis en cause personnellement par un patient ou sa famille, peut porter à la connaissance du juge tous les éléments strictement nécessaires à sa défense.

En effet, le principe à retenir est que la divulgation par le médecin d'informations relevant du dossier médical et revêtant un caractère secret doit être limitée à ce qui est strictement nécessaire à sa défense dans le cadre d'une procédure judiciaire ou administrative¹².

Le médecin ne peut notamment pas rendre publiques des données médicales relatives au patient pour se disculper des critiques médiatiques auxquelles il se trouverait exposé.

Notes du chapitre 13

¹ L'article 56-3 du code de procédure pénale vise les médecins (outre les notaires et les huissiers) : « Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire ou d'un huissier sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant ».

² Circulaire CRIM-9713 du 24 novembre 1997

³ Ces formalités prévues en cas de perquisition n'ont toutefois pas lieu d'être observées lorsque, agissant sur commission rogatoire, un officier de police judiciaire se transporte dans un service hospitalier et se borne à constater la remise entre ses mains des dossiers médicaux qu'il place aussitôt sous scellés, en présence des membres de la direction et de l'ordre des médecins et sans se livrer à aucune recherche pour entrer en possession du dossier (Crim. 20 septembre 1995, N°95-81.140 P.).

⁴ Il semble admis par le Conseil national de l'Ordre des médecins que dans pareille hypothèse, la perquisition est cependant régulière en l'absence d'un membre de l'Ordre, à condition que le conseil départemental de l'Ordre ait été prévenu dans un délai suffisant.

⁵ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 47

⁶ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 47.

Le Conseil national de l'Ordre indique : pour la saisie de dossiers professionnels, fiches d'observation ou dossiers médicaux, ces derniers doivent « immédiatement être placés sous scellés fermés, en présence d'un conseiller ordinal » (commentaire CNOM de l'article 45 du code de déontologie médicale).

Le CNOM précise dans ses recommandations de 2021 sur « Les réquisitions judiciaires adressées aux médecins » : « La saisie d'un dossier médical s'opère principalement dans le cadre d'une réquisition ayant pour objet la remise d'un dossier médical clairement identifié à un OPJ, agissant sous l'autorité du procureur ou du juge d'instruction, selon un processus convenu avec la Chancellerie. Cette saisie s'effectue systématiquement en présence d'un représentant de l'ordre des médecins afin que le secret médical soit protégé. En revanche, la présence du magistrat n'est pas nécessaire. Une fois la remise opérée, le dossier médical est placé sous scellés fermés, excepté dans le cas où c'est le magistrat qui opère la saisie. »

⁷ ANAES/HAS, Dossier du patient : Amélioration..., préc., p. 52

⁸ Art. 138 du code de procédure civile

⁹ Art. 140 du code de procédure civile

¹⁰ Art. 11 alinéa 2 et 141 du code de procédure civile

¹¹ Cass. Civ. 1ère, 7 décembre 2004, n° 02-12539 « Si le juge civil a le pouvoir d'ordonner à un tiers de communiquer à l'expert les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, il ne peut, en l'absence de disposition législative spécifique, contraindre un établissement de santé à lui transmettre des informations couvertes par le secret sans l'accord de la personne concernée ou de ses ayants droit, le secret médical constituant un empêchement légitime que l'établissement a la faculté d'opposer » ; Cass. Civ. 1ère, 15 juin 2004, n° 01-02338. Cass. Civ. 2^{ème}, 6 juillet 2017, n°16-17980

¹² Le médecin qui communique à son avocat des pièces qui ne sont pas nécessaires pour assurer sa défense commet une faute (Conseil d'Etat, 23 avril 1997, n°169977, publié au recueil Lebon ; Conseil d'Etat, 13 janvier 1999, n°177913, mentionné aux tables du recueil Lebon).

Le Conseil d'Etat estime que la divulgation par un médecin de données relatives à un patient dans le cadre d'une instance disciplinaire, doit être "non pas seulement nécessaire mais strictement nécessaire" à la défense de ses droits (Conseil d'Etat, 22 août 2023, n°462636).

Chapitre 14 – Quand le dossier est demandé par un tiers expert >>

L'expertise médicale est un acte par lequel un médecin, désigné par un magistrat ou une autorité, prêle son concours technique afin notamment de déterminer et d'apprécier l'état physique et mental d'une personne, puis d'en évaluer les causes et les conséquences qui ont des incidences civiles ou pénales¹.

Elle s'appuie en grande partie sur les données réunies dans le dossier médical.

La communication d'un dossier médical à un médecin expert désigné par un tribunal répond le plus souvent, dans une procédure juridictionnelle, à la volonté de dégager de ces documents des éléments utiles à l'appréciation d'un dommage et, d'une manière générale, d'éclairer une juridiction sur un fait de nature médicale. Il peut être fait appel à un médecin expert dans le cadre des procédures des juridictions administratives ou civiles², par exemple lorsqu'elles sont saisies d'une action en réparation de dommage corporel, qui a pour finalité l'indemnisation des préjudices de la victime, ou dans le cadre d'une procédure pénale, qui vise, en vue d'éventuelles sanctions, la recherche de la manifestation de la vérité³.

Obligations de l'expert

L'expert judiciaire doit respecter strictement le cadre de sa mission. « *Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise* ». Il doit accomplir personnellement sa mission et en attester⁴.

L'indépendance et l'impartialité du médecin expert sont fondamentales. En effet, ce dernier « *ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services* »⁵. Il doit se récuser quand ses intérêts sont en jeu⁶.

L'expert judiciaire est tenu au secret professionnel : il ne peut communiquer directement aux parties les documents médicaux qui lui ont été transmis en cours d'expertise. En toute circonstance, il doit prendre toutes mesures utiles pour que les documents qui ont pu lui être confiés soient protégés contre toute indiscretion⁷.

L'expert peut se faire communiquer tous les documents médicaux qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission⁸.

Il doit faire observer et observer lui-même le principe du contradictoire. Il ne peut viser dans son rapport de documents médicaux invoqués ou produits par les parties que si celles-ci ont été à même d'en débattre contradictoirement⁹.

L'absence de communication du dossier médical aux parties préalablement à la réunion d'expertise constitue une négligence de l'établissement de santé. Toutefois, il a été jugé que cette situation n'est pas constitutive d'une violation du principe du contradictoire dans la mesure où « *les pièces ont été communiquées à l'expert (préalablement à l'expertise) et avaient pu être discutées par l'ensemble des parties lors de la réunion d'expertise* »¹⁰.

Les procédures au cours desquelles une expertise médicale contradictoire pourra être diligentée sont les suivantes :

- Devant la juridiction administrative ou civile ;
- Devant la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) ;
- Devant la juridiction pénale.

On notera que les mêmes médecins experts peuvent être désignés dans ces différents procédures.

Lorsque le médecin expert est désigné par une juridiction administrative ou civile

Par principe, le secret ne peut être levé dans le cadre d'une telle expertise, permettant la communication du dossier à l'expert, que si le patient est consentant et qu'il est dans son intérêt que le secret soit levé, ce qui est généralement le cas¹¹. Le même principe s'appliquera également aux ayants droit d'un patient décédé, agissant en justice en qualité d'héritiers.

Les juridictions civiles considèrent toutefois que le principe du droit de la défense permet de déroger à ce principe et autorise la communication de pièces médicales par l'établissement aux experts judiciaires sans l'accord préalable du patient¹². Cette pratique a été consacrée par la jurisprudence civile au sein d'ordonnances des juridictions civiles qui prévoyaient expressément l'obligation pour les défendeurs d'obtenir le consentement du patient préalablement à toute communication d'éléments médicaux.

Sur cette question, le Conseil d'Etat a rappelé l'obligation de respecter le secret médical sans toutefois évoquer expressément la question du droit de la défense¹³. Ainsi, contrairement à la juridiction civile, la position de la juridiction administrative est moins tranchée sur ce point¹⁴.

Dès lors qu'il s'agit d'une procédure initiée expressément par le patient (ou ses ayants droit) et que l'hôpital est tenu d'y donner suite, on admettra en pratique que les parties communiquent à l'expert leurs pièces médicales sans s'enquérir du consentement du patient. Il est d'ailleurs fréquent que les juridictions et les experts enjoignent les établissements et les praticiens de communiquer des pièces médicales sans cette précaution.

On notera toutefois que le praticien sollicité peut refuser, en invoquant le secret professionnel, de fournir le dossier à son confrère expert.

En cas de non communication des pièces, le défendeur peut cependant voir sa responsabilité engagée vis-à-vis du patient¹⁵.

Les cas où il est de l'intérêt du patient de porter des éléments médicaux à la connaissance de l'expert doivent être distingués de ceux - a priori rares - où la mission du médecin expert ne s'exerce pas dans cet intérêt. Il pourra s'agir par exemple d'une contestation opposant un assuré social et la Sécurité sociale ou encore en matière de litiges consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle. L'intéressé peut s'opposer à la transmission des informations, mais le secret médical ne peut être opposé : « *une expertise médicale qui en ce qu'elle ressortit à un domaine technique échappant à la connaissance des juges, est susceptible d'influencer leur appréciation des faits, constitue un élément de preuve essentiel qui doit pouvoir être débattu par les parties* ». Ainsi, « *il en résulte que le secret médical ne saurait être opposé à un médecin-expert appelé à éclairer le juge sur les conditions d'attribution d'une prestation sociale* »¹⁶.

Devant la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI)

La loi du 4 mars 2002¹⁷ a introduit des dispositions expresses pour les expertises effectuées à l'initiative des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) : l'expert désigné ou le collège d'experts peut demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel, les experts étant tenus eux-mêmes au secret professionnel (art. L. 1142-9 et L. 1142-12, CSP).

En cas de carence des parties dans la transmission des documents demandés, la CCI peut autoriser l'expert ou le collège d'experts à déposer son rapport en l'état et la commission peut tirer toute conséquence du défaut de communication des documents. Le caractère contradictoire des opérations d'expertise doit être assuré par l'expert ou le collège d'experts (art. L. 1142-12, CSP).

Lorsque le médecin expert est désigné dans le cadre d'une procédure pénale

Le respect du secret professionnel protège en principe les éléments du dossier médical de toute divulgation. Comme cela a été indiqué (v. p. 129 et s.), et en vue de la « manifestation de la vérité », il arrive cependant que ce principe doive céder devant les nécessités d'une procédure judiciaire de nature pénale (enquête préliminaire, enquête de flagrance ou information judiciaire), soit à l'occasion de la mise en cause de la responsabilité d'un médecin, d'un autre professionnel de santé ou de l'établissement public de santé, soit à la suite de la commission d'une infraction totalement étrangère à l'hôpital.

En droit pénal, la procédure est inquisitoire et l'intervention de l'autorité judiciaire est fondée sur la notion d'atteinte à l'ordre public. C'est pour cette raison que l'autorisation du patient à la communication de son dossier n'est pas requise.

La saisie des documents s'effectuera dans les conditions indiquées ci-dessus (v. chapitre 13) en fonction du contenu de la mission figurant dans la commission rogatoire du juge d'instruction saisi.

Le juge d'instruction pourra commettre un expert judiciaire par ordonnance distincte qui, pour l'exercice de sa mission, devra avoir accès à tout ou partie du dossier médical saisi.

La communication du dossier médical aux médecins conseils de l'AP-HP

Au sein de l'AP-HP, la Direction des affaires juridiques (DAJ) traite directement les demandes indemnitaires formulées par les patients ou leurs ayants droit auprès de l'établissement en matière d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales.

L'AP-HP est en effet son propre assureur en vertu d'une dérogation légale qui lui a été accordée en application de la loi du 30 décembre 2002¹⁸.

La DAJ s'appuie, pour établir la responsabilité de l'AP-HP et donner suite le cas échéant à ces demandes, sur les conclusions de l'analyse effectuée pour chaque dossier par son médecin conseil. Il s'agit d'un médecin de l'AP-HP choisi en fonction de son expérience et de ses compétences, notamment au plan médico-légal dans une ou plusieurs spécialités données, qu'elle mandate à cet effet.

L'analyse de la réclamation indemnitaire s'effectue principalement à partir des informations retracées dans le dossier médical du patient.

Se posent alors deux questions au regard du secret médical : la possibilité pour le médecin conseil d'accéder à ces données médicales et la nature des données pouvant être communiquées à la DAJ.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a rappelé que le secret médical a pour objet de protéger les intérêts légitimes des malades, et non de les empêcher de bénéficier des avantages qu'ils demandent dans le cadre d'une assurance (v. chapitre 15)¹⁹.

Si la jurisprudence est peu abondante en matière de secret médical lorsqu'est mise en jeu une assurance en cas d'accident, la Cour de cassation a été amenée à plusieurs reprises à se prononcer sur la notion de secret médical dans le cadre d'un litige relatif à la souscription d'une assurance : elle considère ainsi que l'assureur ne peut produire un document couvert par le secret médical qu'à la condition que l'assuré ait renoncé au secret médical²⁰.

Bien que la demande indemnitaire nécessite manifestement la consultation des données médicales conservées par l'établissement, et donc le dossier médical, une simple information mentionnée dans le courrier d'accusé réception de la demande, selon laquelle la réclamation sera examinée par un médecin conseil, ne saurait être suffisante : elle tiendrait en effet prématurément pour acquis l'accord du patient ou de l'ayant droit à l'accès d'un tiers, certes médecin, aux informations médicales.

En conséquence, avant toute communication du dossier médical au médecin conseil, une précaution nécessaire est de s'assurer par écrit auprès du patient qu'il consent à cette communication. Cette dernière doit par ailleurs se limiter strictement aux informations nécessaires pour l'accomplissement de sa mission.

Ainsi, dans le cadre d'une réclamation amiable faite par un patient ou son ayant droit auprès de l'hôpital, il convient de recueillir l'accord du demandeur afin que le médecin conseil puisse accéder au dossier médical et que sa réclamation soit traitée (via un formulaire de recueil du consentement par exemple).

S'agissant des informations transmises par la suite à la DAJ par le médecin conseil dans son rapport, seules les données nécessaires à l'indemnisation doivent être communiquées. Le médecin conseil est garant en la matière du respect du secret médical.

De manière générale, on rappellera les dispositions de l'article L. 127-7 du code des assurances, prévoyant que les personnes ayant eu à connaître des informations données par l'assuré pour les besoins de sa cause sont tenues au secret professionnel.

Dans le même sens, concernant un établissement de santé couvert par une police d'assurance, la CADA a considéré que « *les informations couvertes par le secret médical d'un patient ne sont pas communicables à la compagnie d'assurance de l'hôpital, hormis le cas où le patient aurait donné son accord exprès pour lever ce secret. En revanche, eu égard, d'une part, au secret professionnel auquel l'avocat est astreint et, d'autre part, à la nécessité pour les établissements de santé de recourir à un conseil juridique dans le cadre des litiges qui les opposent aux patients, un établissement de santé peut transmettre à son avocat les seules informations à caractère médical qui sont strictement nécessaires à la défense des droits de l'établissement, en particulier dans le cadre des actions en responsabilité engagées par les patients, et des informations à la communication desquelles ces derniers ont donné leur accord exprès²¹* ».

Sur les documents présentant un caractère juridique

On se reportera aux indications mentionnées à la page 37.

Notes du chapitre 14

¹ ANAES/HAS, *Dossier du patient : Amélioration.....*, préc. p.46

² Art. R. 621-1 à R. 621-6-4, code de justice administrative ; art. 244, code de procédure civile

³ Art. 156 et s., code de procédure pénale

⁴ Art. R. 4127-108, CSP

⁵ Art. 105, code de déontologie médicale (art. 4127-105, CSP)

⁶ Art.106, code de déontologie médicale (art. 4127-37-106, CSP)

⁷ CNOM, code de déontologie médicale et ses commentaires, Article 108, juin 2022, p.305

⁸ Art. 275, code de procédure civile

⁹ Art. 16 et 275, code de procédure civile

¹⁰ TA Versailles, 29 décembre 2006, M. Delfosse, n° 0503925

¹¹ Art. 108, code de déontologie médicale (art. 4127-108, CSP)

¹² CA Paris, 17 février 2023, n°22/10322 : « Au cas présent, en soumettant la production de pièces médicales par la partie défenderesse, dont la responsabilité est susceptible d'être ultérieurement recherchée, à l'accord préalable de l'autre partie au litige, alors que ces pièces peuvent s'avérer utiles voire même essentielles à la réalisation de la mesure d'instruction et, par suite, à la manifestation de la vérité, l'ordonnance entreprise a porté atteinte aux droits de la défense de M. [F].

Cette atteinte est excessive et disproportionnée, au regard des intérêts protégés par le secret médical, en ce que l'une des parties au litige se trouve empêchée, par l'autre, de produire spontanément les pièces qu'elle estime utiles au bon déroulement des opérations d'expertise et nécessaires à sa défense. »

Voir aussi : CA Grenoble, 9 février 2021, n°20/01902 ; CA Paris, 19 janvier 2024, n°23/13817 ; CA Paris, 7 mars 2024, n°23/12900 ; CA Dijon, 16 avril 2024, n°23/01266 ; CA Paris, 2 mai 2024, n°23/16301.

¹³ Conseil d'État, 15 novembre 2022, n° 441387

¹⁴ Conseil d'Etat, 2 octobre 2017, n°399753 B : « La circonstance qu'un établissement de santé, dans un contentieux l'opposant à un proche d'un patient, ait produit des pièces de sa propre initiative, en méconnaissance du secret médical qui s'impose à lui, n'est pas par elle-même de nature à affecter la régularité ou le bien-fondé de la décision du juge; ce dernier doit toutefois, dans la mise en œuvre de ses pouvoirs d'instruction, veiller au respect des droits des parties, assurer l'égalité des armes entre elles, garantir, selon les modalités propres à chacun d'entre eux, les secrets protégés par la loi, en sorte qu'il ne peut régulièrement se fonder sur de telles pièces qu'à la condition d'avoir pu préalablement les soumettre au débat contradictoire. »

¹⁵ TGI Paris, 26 avril 1972 : cité par C. Esper, in *Le secret professionnel à l'hôpital*, p. 61, 1989 ; Art. R. 612-7-1, code de justice administrative

¹⁶ Cass. Civ. 2e, 15 février 2018, n°17-14.481 ; CourEDH, cinquième section, ETERNIT c. France, 27 mars 2012, 20041/10 ; CA Paris, 17 février 2023, n°22/10322 (cf. note 12).

¹⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁸ Art. L. 1142-2, CSP ; arrêté du 3 janvier 2003 relatif à l'exonération de certains établissements publics de santé de l'obligation d'assurance

¹⁹ Commentaire du CNOM sous l'article 35 du code de déontologie médicale : « le secret dû au patient n'est pas aboli par son décès, [...] les médecins doivent être attentifs à ne transmettre que les informations pertinentes, nécessaires et non excessives, permettant aux ayants droit de faire valoir leurs intérêts légitimes (connaître la cause du décès, défendre la mémoire du défunt, faire valoir leurs droits). »

²⁰ *Cass., 21 mars 2018, n°16-12.948*

²¹ *CADA, Directeur des hôpitaux de Saint-Maurice, conseil n° 20091710 du 14 mai 2009*

Chapitre 15 – Quand le dossier est demandé par un assureur >>

Les médecins sont fréquemment sollicités par les praticiens conseils d'organismes d'assurance, le cas échéant mutualistes, qui leur demandent des informations concernant un patient hospitalisé.

Les compagnies d'assurance ont généralement besoin d'informations médicales dans trois types de circonstances : la conclusion d'un contrat d'assurance-vie (elles souhaitent alors évaluer avec le plus de sûreté le risque à couvrir en fonction de l'état de santé du candidat souscripteur) ; lors du règlement, à la suite d'un accident ou d'un dommage corporel (elles souhaitent alors évaluer le préjudice découlant d'une invalidité ou d'un décès) ; lors du versement à des ayants droit d'un capital-décès (la demande porte alors sur la cause du décès).

Dans cette recherche d'informations, l'assureur et le patient ou ses ayants droit peuvent avoir des intérêts convergents : c'est le cas lorsqu'il s'agit de mettre au point un contrat équilibrant au mieux le tarif et les prestations. Ces intérêts peuvent en revanche se trouver antagonistes lorsqu'est en discussion le montant de l'indemnisation et, plus encore, lorsqu'il s'agit de l'application des clauses d'exclusion de certains risques.

La plus grande prudence s'impose à l'occasion de ces différentes demandes, souvent délicates.

Primauté du secret médical

Face à la demande d'un assureur, les patients et leurs ayants droit doivent être protégés contre la divulgation d'informations qui sont couvertes par le secret médical et par l'obligation de confidentialité. Ils ne doivent cependant pas pour autant subir de préjudice d'une absence systématique d'information.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) a souligné que le patient ne peut délier le médecin du secret médical¹. Pour autant, « *le secret médical est fait pour protéger les intérêts légitimes des malades, non pour les empêcher de bénéficier des avantages qu'ils demandent, comme la souscription d'une assurance, ni pour les faire profiter d'avantages indus* ».

Du vivant du patient

Sans l'accord de l'intéressé, tout à la fois patient et client de la compagnie d'assurances, le médecin-conseil de celle-ci ne peut en aucune façon obtenir ni communication du dossier médical, ni informations figurant dans celui-ci. L'article 226-13 du code pénal et le code de déontologie médicale² font interdiction au médecin traitant comme au praticien hospitalier de communiquer un diagnostic ou quelque renseignement médical que ce soit à un assureur ou à son médecin et de leur adresser directement un certificat ou un extrait de dossier portant sur l'état de santé d'un assuré. Ceci, même s'il est invité à y procéder sous le sceau du secret. Il a été ainsi jugé qu'en transmettant le dossier médical d'un patient au médecin conseil de la compagnie d'assurances de celui-ci, sans que le patient ait donné accord à cette transmission, un centre hospitalier avait commis une faute de nature à engager sa responsabilité et occasionné plus particulièrement à ce patient un préjudice moral dont il était fondé à demander réparation³.

La remise d'un certificat (éventuellement accompagné de pièces médicales) en main propre au patient, par le médecin hospitalier est fortement recommandée. Il reviendra au patient d'en faire l'usage lui convenant. Cette solution s'avère le plus souvent, en pratique, la meilleure solution. Elle permet en effet au médecin traitant, sollicité par le patient, d'éviter toute divulgation de son fait à un tiers, et au médecin de la compagnie d'assurances, le plus souvent, de procéder, avec l'accord de la victime, à une bonne évaluation du dommage corporel. Le certificat doit être daté et assorti le cas échéant de la mention « remis en mains propres à l'intéressé » ou « adressé à l'intéressé par courrier du... ». Une copie du certificat devra être conservée dans le dossier médical du patient. Le médecin peut également remettre au patient tout ou partie de son dossier médical, au choix du patient et avec les explications appropriées, afin que ce dernier décide de ce qu'il pourra le cas échéant transmettre à la compagnie d'assurances.

Des difficultés peuvent survenir lors de la souscription de contrats d'assurance, les assureurs demandant fréquemment qu'un questionnaire médical soit rempli. Dans la mesure où sont demandées non seulement des informations relatives à l'état de santé à jour dit, mais également des informations portant sur les antécédents et les traitements en cours, le médecin traitant doit « *récusar son concours. L'assureur ne peut exiger que ce soit lui qui remplisse le document médical de souscription* »⁴.

Le CNOM rappelle ainsi que « *le rôle du médecin est d'éclairer au mieux le patient sur la nécessité de déclarations complètes et sincères et de l'aider dans ses démarches. Il peut l'assister dans le remplissage du questionnaire de santé et doit lui remettre, à sa demande, copie des éléments du dossier médical en main propre contre récépissé. Il n'appartient pas au médecin de remplir, signer ou contresigner le questionnaire de santé* »⁵.

Le CNOM indique qu'il reviendra à un autre médecin choisi par le patient ou désigné par la compagnie de procéder à l'examen médical. La seule hypothèse dans laquelle le médecin traitant ou le spécialiste prenant en charge le patient pourrait répondre « à un questionnaire ciblé » serait celle où ce dernier aurait déclaré un risque aggravé à son assureur⁶. Dans ce cas, le document sera, toutefois, « *remis en main propre au patient, qui après en avoir pris connaissance, l'adressera lui-même au médecin-conseil nommé désigné par la compagnie* »⁷.

Considérant que l'objectif de prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation par une compagnie d'assurance « *constitue [...] un soutien direct au patient* », la CADA a reconnu le « *caractère communicable du certificat médical initial établi à l'arrivée d'un patient dans le coma par le médecin urgentiste à son épouse, afin de répondre à une demande de son assurance* »⁸. Ceci exceptionnellement, lorsque le patient est totalement inconscient et dans l'incapacité de manifester d'une manière quelconque sa volonté ou de faire appel à un mandataire.

Concernant les assurances « annulation de voyage », il revient au patient de communiquer lui-même, s'il le souhaite, les éléments médicaux nécessaires à l'assurance.

Remarques :

Rappelons le principe du « droit à l'oubli » qui se traduit par l'absence d'obligation de déclarer à l'assureur une pathologie lorsqu'une personne souhaite souscrire une assurance emprunteur. Lorsqu'un cancer ou une hépatite C a été diagnostiqué (quel que soit l'âge), le droit à l'oubli s'applique au maximum à l'issu d'un délai de 5 ans à compter de la fin du protocole thérapeutique⁹. Une fois ce délai écoulé, la personne concernée n'est pas obligée de déclarer qu'elle a eu un cancer ou une hépatite C à l'assureur.

Les autres pathologies concernées ainsi que les délais à respecter sont fixés par la convention AEREAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) publiée au Journal Officiel (JO) de la République française tous les 3 ans¹⁰.

Par ailleurs, une loi de 2022¹¹ a supprimé la transmission à l'assureur de toute information relative à l'état de santé de l'assuré ou d'un examen de santé pour les prêts dont la part assurée par personne est inférieure à 200 000 euros et dont l'échéance arrive avant le 60ème anniversaire de l'assuré.

S'agissant des tests génétiques : « *Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci.* » (art. L. 1141-1, CSP).

Après le décès du patient

La loi affirme le droit des ayants droit, du concubin ou du partenaire d'un pacte civil de solidarité (PACS) à accéder aux informations médicales concernant la personne décédée, nonobstant le secret médical, dans la mesure notamment où elles leur sont nécessaires pour connaître les causes de la mort ou faire valoir leurs droits, « *sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* » (art. L. 1110-4, CSP).

Il avait ainsi été jugé en 1964 que « [...] *l'on ne saurait, en écartant des débats, au motif qu'elles seraient incompatibles avec le secret professionnel, les constatations du médecin qui a donné ses soins à un malade décédé, risquer de priver du bénéfice d'une disposition légale, l'héritier qui les invoque pour faire valoir ses droits* »¹². De même, le médecin pouvait se fonder sur la formule retenue dans une affaire concernant un organisme mutualiste, qui refusait de verser des prestations aux héritiers du patient, en indiquant que « *c'est du malade seul ou en l'espèce de ses héritiers, que dépend le sort des secrets qu'il a confiés à un médecin ou que celui-ci a pu déduire de son examen et, par suite, le sort des documents médicaux concernant ledit malade* »¹³.

Conformément à l'article L. 1110-4 V du code de la santé publique, les ayants droit, concubin et partenaire lié par un PACS sont donc les seuls à pouvoir être destinataires d'informations médicales relatives au patient décédé nécessaires à l'objectif invoqué (connaître les causes de la mort ou faire valoir leurs droits). En revanche, le médecin ne peut remplir, signer, apposer son cachet ou contresigner un questionnaire de santé ou un certificat médical détaillé révélant notamment la nature ou la date d'apparition d'une maladie¹⁴.

Il ne suffit pas qu'une personne soit désignée comme bénéficiaire d'un contrat d'assurance-décès pour être fondée à obtenir communication du dossier médical du défunt. Il faut, en toute hypothèse, qu'elle apporte la preuve de sa qualité d'ayant droit (sur la procédure, v. p. 115-116). La CADA a estimé en ce sens que « *la désignation des ayants droit dans les contrats souscrits par le défunt leur donne seulement une créance sur l'établissement avec lequel celui-ci a contracté, sans leur ouvrir aucun droit à sa succession* »¹⁵. Ces personnes ne sont donc pas au nombre de celles en faveur desquelles le législateur a levé le secret médical »¹⁶.

Cette situation jugée peu satisfaisante a donné lieu en 2013 à des recommandations du Défenseur des droits¹⁷, amené à constater que pour les bénéficiaires d'assurance qui n'auraient pas la qualité d'ayant droit, un médecin ne peut leur délivrer d'informations couvertes par le secret médical. Le Défenseur des droits recommande « *aux sociétés d'assurance d'adapter leurs demandes de communication d'informations à caractère médical à la qualité du bénéficiaire, et ainsi de s'en abstenir lorsque le bénéficiaire n'est pas en capacité juridique de les obtenir lui-même, spécialement lorsqu'il n'a pas la qualité d'ayant droit au sens de l'arrêté du ministre de la santé du 3 janvier 2007* ».

La CADA dans un avis n° 20150790 du 7 mai 2015 (mettre ceci en note de bas de page plutôt) a précisé que « *si [le bénéficiaire] ne présentait pas la qualité d'ayant droit, mais précisait auprès de l'hôpital les causes d'exclusion de garantie figurant sur le contrat d'assurance souscrit à son bénéfice, l'établissement serait disposé à faire certifier, le cas échéant, dans le respect du secret médical, que le décès de Monsieur X ne résulte pas de l'une des causes faisant obstacle à la mise en œuvre de la garantie souscrite* ».

Ainsi, dans ce cas, le médecin peut attester que le décès est sans rapport avec les clauses d'exclusion ou est lié à celle-ci. En amont, le médecin doit se faire communiquer un justificatif d'identité du demandeur, ainsi que la police d'assurance pour vérifier quelles en sont les exclusions de garanties.

Sur le point de savoir si l'information du médecin-conseil pouvait être effectuée directement par le médecin traitant, la Cour de cassation, dans un arrêt du 9 juin 1993, avait admis qu'un certificat se bornant à énoncer que de son vivant le défunt suivait un traitement médical, directement adressé par le médecin à l'assureur, pouvait être valablement produit par ce dernier sans qu'on puisse légitimement s'y opposer en invoquant le secret médical. Mais un arrêt ultérieur de la même juridiction du 6 janvier 1998 a modifié cette jurisprudence en interdisant toute remise directe de renseignements du médecin traitant au médecin d'assurances. Les documents ainsi remis, dès lors qu'ils sont invoqués dans la procédure juridictionnelle, sont écartés des débats.

Le médecin qui est saisi d'une demande de communication de dossier médical par un médecin-conseil d'une compagnie d'assurances doit donc se récuser. En effet, aucun texte ne prévoit de secret partagé entre le médecin qui a pris en charge le patient et le médecin d'une compagnie d'assurance car il ne s'agit pas d'une « relation de soins ». Il peut en revanche, sous réserve que les informations recherchées ne soient pas de nature confidentielle, proposer à l'ayant droit, au concubin ou au partenaire « pacsé », de lui remettre copie des informations médicales correspondant à l'objectif invoqué par celui-ci.

A l'égard d'une demande de certificat précisant la cause du décès, notamment dans le cas d'assurances-vie excluant certains risques (suicide, guerre, etc.), le médecin ne peut que délivrer un certificat confirmant le décès, sans plus de renseignements. Le CNOM admettait jusqu'à une date récente que le certificat médical précise que « *la mort est étrangère aux risques exclus par la police qui m'a été communiquée* ». La position du CNOM a évolué sur ce point, il considère à présent que le certificat peut uniquement indiquer que « *le décès résulte d'une cause naturelle ou d'un accident* », sans apporter d'autre précision¹⁸.

Le CNOM précisait en 2007 qu'« *aucune modification de[s] règles déontologiques ne nous conduit actuellement à changer une attitude basée sur le principe d'intérêt public du secret médical* »¹⁹, tout en reconnaissant les assouplissements nécessaires impliqués par la loi du 4 mars 2002.

Il a constaté pour les dénoncer que « *se trouvent ainsi souvent révélés plus d'éléments qu'il n'en était demandé à l'origine ; (...) les documents médicaux fournis aux ayants droit ne doivent pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour faire valoir leurs droits* »²⁰.

S'il ne découle d'une lecture stricte des dispositions légales et réglementaires concernant le dossier médical aucune opposition à ce que la famille du défunt désigne le médecin-conseil d'une compagnie d'assurances pour prendre connaissance du dossier médical, afin d'y rechercher la preuve d'un droit si cela est nécessaire, le Conseil national de l'Ordre des médecins et la CNIL invoquent dans ce cas une violation de la déontologie médicale, car « *(...) l'article 46 du code de déontologie médicale impose au médecin désigné comme intermédiaire de se récuser si l'accès au dossier met en jeu ses intérêts. Tel est bien le cas d'un médecin qui agit à la demande et pour le compte d'une compagnie d'assurances ou d'un médecin de « recours » qui a un intérêt direct à la solution du litige que lui confie un patient et qui pourrait faire l'objet de poursuites disciplinaires s'il ne se refusait pas* »²¹.

On notera une décision de cour d'appel soulignant que le médecin d'une compagnie d'assurances qui s'était fait désigner par les ayants droit d'un patient décédé ne pouvait ainsi recevoir communication du dossier médical²².

Notes du chapitre 15

¹ CNOM, *Questionnaires de santé, certificats et assurances*, 2022

² Art. 4, *code de déontologie médicale*, (art. R. 4127-4 CSP)

³ TA Nice, 9 mars 2007, n° 0404779 ; AJDA, 4 juin 2007, p. 1089-1092

⁴ CNOM, *Questionnaires de santé, certificats et assurances*, 2022

⁵ CNOM, *Rapport « Assurances : questionnaires de santé et certificats »*, 2022

⁶ CNOM, *Questionnaires de santé, certificats et assurances*, 2022

⁷ CNOM, *Rapport « Assurances : questionnaires de santé et certificats »*, 2022

⁸ CADA, *Directeur du Centre hospitalier d'Albertville Moutiers, conseil n° 20091755 du 18 juin 2009*

⁹ Art. L. 1141-5, CSP

¹⁰ Art. L. 1141-2 à L. 1141-5, CSP

¹¹ Loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur

¹² Cour d'appel de Paris, 21 décembre 1964 : *Gaz. Pal.* 1965, 1, *jurispr.* p. 202

¹³ *Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, Questionnaires de santé, certificats et assurances*, 2016

¹⁴ CNOM, *Rapport « Assurances : questionnaires de santé et certificats »*, 2022

¹⁵ CADA, *avis n° 20191323 du 17 octobre 2019*

¹⁶ *Conseil d'Etat*, 30 novembre 2015, n° 380409

¹⁷ *Décision du Défenseur des droits du 26 novembre 2013*, n° MSP 2013-209

¹⁸ CNOM, *Rapport « Assurances : questionnaires de santé et certificats »*, MAJ 2022

¹⁹ *Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, Formulaire médicaux et assurance*, 2007

²⁰ *Ibid.*

²¹ F. Gazier, B. Hoerni, *Secret médical et assurances*, *Conseil national de l'Ordre des médecins*, octobre 1998

²² *Cour d'appel de Lyon*, 4 septembre 1997, cité par F. Gazier et B. Hoerni, *id*

Chapitre 16 – La communication du dossier pour une évaluation ou un contrôle médical



La loi a prévu des dérogations au secret médical autorisant certains médecins, chargés de missions d'évaluation et de contrôle, à accéder aux données du dossier médical.

D'une manière générale, il ne s'agit pas d'un droit d'accès au dossier, mais d'un accès à certains renseignements médicaux ou pièces médicales nécessaires à l'exercice des missions confiées à ces médecins. Les médecins concernés doivent être libres de tout lien avec les personnes dont le dossier est consulté.

L'accès aux informations par les médecins de l'assurance maladie ou de l'administration sanitaire

Les dispositions actuelles sont insérées dans différents textes :

L'article L.162-30-1 du code de la Sécurité sociale, prévoit que « *les médecins membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), les médecins inspecteurs de la santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales (...) lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions* »¹.

Ce droit d'accès n'est pas reconnu aux médecins conseils des organismes mutualistes².

L'article L. 315-1 du code de la Sécurité sociale prévoit que « *les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical* »³.

Les médecins-conseils des caisses, en association avec les médecins inspecteurs de la santé (ARS), dans le cadre du contrôle de qualité externe du PMSI (programme de médicalisation du système d'information), peuvent ainsi notamment accéder aux informations nominatives pertinentes de chacun des dossiers de l'échantillon de contrôle⁴.

L'article L.1414-4 du code de la santé publique indique en son dernier alinéa que les médecins experts de la Haute autorité de santé « *n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission de certification lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical* ». L'évaluation qualitative des activités hospitalières, dans le cadre de la procédure de certification, rend parfois nécessaire l'examen des dossiers médicaux. Cet examen doit s'effectuer dans des conditions strictement réglementées : « *Les visites (de certification) sont conduites dans le respect du secret professionnel. L'établissement (...) qui en est l'objet communique aux experts chargés de ces visites tout document nécessaire à leur analyse. Les médecins experts peuvent consulter sur leur demande les dossiers ou documents médicaux dans les conditions du dernier alinéa de l'article L.1414-4. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, les dossiers ou documents considérés sont rendus anonymes préalablement à leur consultation* »⁵.

Les membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice en France de la profession de médecin ont accès aux données de santé à caractère personnel, mais seulement « *si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical* »⁶.

L'étendue des règles de confidentialité est précisée plus généralement par le code de déontologie médicale : « *Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme* »⁷.

En cas d'événement indésirable grave lié aux soins, des dispositions spécifiques s'appliquent : l'établissement est tenu de déclarer ces « EIG » (« *tout événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux [...] ou d'actions de prévention* ») au directeur général de l'agence régionale de santé⁸.

On notera que le non-respect d'une obligation de signalement est susceptible au plan ordinal d'une sanction disciplinaire⁹.

Cette déclaration doit être effectuée de façon anonyme et se limiter à l'énoncé du cas (par ex., « *décès par choc hémorragique d'une patiente d'une cinquantaine d'années, sans co-morbidité au décours d'une cholécystectomie* »). Un rapport sera joint si nécessaire, comportant les éléments nécessaires à la compréhension de l'événement et des mesures correctrices, et eux seuls. La CME pourra sans obstacle en être destinataire, dans le cadre de sa mission d'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins¹⁰.

En revanche, la loi n'a pas prévu de dérogation au secret médical pour le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), quand bien même celui-ci serait un médecin. Et les dispositions réglementaires concernant le CGRAS, par exemple, ne peuvent être invoquées à cet effet lorsqu'elles prévoient que le CGRAS « *a accès aux données et informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, nécessaires à l'exercice (de ses missions)* »¹¹. Le seul moyen pour le CGRAS d'accéder au dossier médical des patients est donc d'anonymiser ces dossiers.

L'accès au dossier médical en cas d'enquête administrative

En diverses circonstances (dysfonctionnement grave, accident médical, événement indésirable grave, ...), l'administration hospitalière peut être amenée à engager une enquête interne.

Se pose alors la question des informations dont elle peut disposer pour la mener à bien, notamment pour celles contenues dans les dossiers médicaux de patients.

Un ou plusieurs médecins seront désignés pour procéder aux investigations sur les documents médicaux. Celles-ci ne pourront être effectuées qu'avec l'accord écrit du patient, ou de ses ayants droit en cas de décès. L'accès aux informations, réalisé dans des conditions de nature à préserver le secret médical, sera limité aux seuls et stricts besoins de l'enquête.

L'accès au dossier médical par le médecin d'un centre de réforme

Le code des pensions civiles et militaires de retraite prévoit des modalités de communication élargies du dossier médical s'agissant des personnes présentant une demande de pension civile ou militaire.

Il dispose que « *nonobstant toutes dispositions contraires, et notamment celles relatives au secret professionnel, tous renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen (de leurs droits) pourront être communiqués sur leur demande aux services administratifs placés sous l'autorité des ministres auxquels appartient le pouvoir de décision et dont les agents sont eux-mêmes tenus au secret professionnel* »¹².

Par exception au principe général (et en raison de la demande implicite du patient, celui-ci étant à l'origine de la demande), le médecin désigné par le ministère concerné peut ainsi se faire communiquer le dossier médical du patient en activité au moment des faits examinés, (fonctionnaire civil, militaire, magistrat, ...), sans que l'accord de ce dernier ne soit requis.

L'accès aux informations médicales de l'assuré social (accidents du travail et maladies professionnelles)

La communication des documents au patient peut revêtir une importance particulière pour les assurés sociaux en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. On notera que pour faire valoir ses droits, « *la victime est tenue de présenter à toute réquisition du service de contrôle médical tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoire et ordonnances en sa possession, ainsi que la feuille d'accident (...). La victime doit également faire connaître, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles antérieurs et, au cas où il s'agit d'une rechute, fournir tous renseignements qui lui sont demandés sur son état de santé antérieur (...)* »¹³.

L'accès aux dossiers médicaux par le médecin responsable de l'information médicale (DIM)

La loi du 27 janvier 1993¹⁴ a permis au médecin responsable du département d'information médicale (médecin « DIM ») au sein de l'établissement de santé d'accéder aux informations médicales nominatives spécifiées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique (à savoir les « *données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité* » de l'établissement et que les praticiens exerçant dans l'établissement doivent transmettre au médecin responsable de l'information médicale)¹⁵, couramment appelées données « PMSI ».

A ce titre, pour le compte de l'établissement et afin de procéder à l'analyse de son activité médicale, le médecin responsable de l'information médicale est chargé d'effectuer la synthèse et le traitement informatique de données figurant dans le dossier médical¹⁶. Ces données transmises au médecin « DIM » ne peuvent concerner que :

- l'identité du patient et son lieu de résidence ;
- les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, telles qu'hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation externe ;
- l'environnement familial ou social du patient en tant qu'il influe sur les modalités du traitement de celui-ci :
 - o les modes et dates d'entrée et de sortie ;

- les unités médicales ayant pris en charge le patient ;
- les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ;
- les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement.

Ces données ne sont toutefois pas recueillies lorsque le patient a été admis au sein de l'établissement sous l'un des régimes d'anonymat prévu par la loi (accouchement « sous X », patients toxicomanes demandant le secret).

Des arrêtés ministériels déterminent, en fonction de la catégorie de l'établissement dans lequel les soins sont dispensés et de la nature de ces soins¹⁷ :

- les données dont le recueil et le traitement ont un caractère obligatoire ;
- les nomenclatures et classifications à adopter ;
- les modalités et la durée minimale de conservation des fichiers.

Les textes prévoient que les médecins responsables des structures médicales et médico-techniques tout comme les cliniciens sont garants, chacun pour ce qui les concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'ils transmettent pour traitement au médecin « DIM » au sein de l'établissement ou, pour les établissements parties à un GHT, au sein de l'établissement support¹⁸. Le médecin « DIM » a notamment pour mission de conseiller les praticiens de l'établissement pour la production des informations. Il doit « *veiller à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs* ».

Le médecin « DIM » et ses confrères médecins chargés sous sa responsabilité de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers qui en résultent sont soumis à l'obligation de secret. Il en est de même des personnels de l'établissement de santé ou de l'établissement support du GHT qui contribuent au traitement des données, des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données, des commissaires aux comptes qui ont accès à des données à caractère personnel, ainsi que des prestataires extérieures qui contribuent sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale au traitement des données à caractère personnel¹⁹.

Après avis de la commission médicale d'établissement (CME) ou, pour les établissements parties à un GHT, après celui du collège médical de groupement, le directeur ou le représentant de l'établissement support doit prendre toutes dispositions utiles, en liaison avec le président de ces instances et le médecin responsable de l'information médicale, afin de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. Ces dispositions concernent notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès²⁰.

Les patients doivent être informés par le livret d'accueil ou un autre document écrit²¹ :

- que des données les concernant font ainsi l'objet d'un traitement automatisé ;
- que ces données sont transmises au médecin « DIM » de l'établissement et aux personnes intervenant sous son autorité dans l'établissement et sont protégées par le secret médical ; et que ces mêmes données peuvent faire l'objet d'une consultation aléatoire de traçabilité par le commissaire aux comptes ;
- qu'elles peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce, le cas échéant, auprès du médecin « DIM », directement ou par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien qui a constitué leur dossier ;

- qu'elles ont le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant²².

Le médecin « DIM » doit transmettre à la CME et au directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Au sein d'un GHT, le médecin « DIM » de territoire doit transmettre à la CME de l'établissement concerné, au collège médical ou à la CMG, au directeur de l'établissement concerné et au représentant de l'établissement support du groupement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité de l'établissement concerné et à l'ensemble des établissements parties au groupement. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées²³.

L'établissement de santé doit définir, après avis de la CME, les modalités de mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales ou recueillies à l'initiative de l'établissement, et notamment les obligations des praticiens concernés quant à la transmission et au contrôle de la qualité des données ainsi que leur droit au retour d'informations²⁴.

Notes du chapitre 16

¹ En matière de biologie médicale, l'article L. 6231-1 du code de la santé publique organise ce même droit d'accès des médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, « dans le cadre de leur mission d'inspection pour la biologie médicale, à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leur mission dans le respect de l'article 226-13 du code pénal ». Depuis l'adoption de la loi du 26 mai 2014 venant modifier la loi du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté, les contrôleurs ayant la qualité de médecins peuvent accéder à des informations couvertes par le secret médical avec l'accord de la personne concernée, cet accord n'étant pas requis lorsque sont en cause des atteintes à l'intégrité physique ou psychique commises sur un mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

² Il revient donc à l'assuré de communiquer lui-même les informations à son organisme de mutuelle.

³ Des dispositions antérieures à la loi du 4 mars 2002 distinguent concernant les praticiens-conseils une compétence générale et une compétence spécifique pour l'analyse de l'activité des professionnels de santé :

- l'article R. 166-1 du code de la sécurité sociale prévoit que « pour effectuer les contrôles prévus (dans le cadre de leurs missions), les praticiens-conseils (...) ont librement accès à tout établissement, service ou institution sanitaire ou médico-sociale recevant des bénéficiaires de l'assurance maladie. (...) Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général sont tenus à leur disposition par les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale (...) ».
- l'article R. 315-1-1 du même code prévoit que « lorsque le service du contrôle médical (de la sécurité sociale) procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé (...), il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité. Dans le respect des règles de la déontologie médicale, (le contrôleur médical de la Sécurité sociale) peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse (...) ». Le service du contrôle médical ne peut agir ainsi qu'après avoir informé le professionnel de santé de l'identité des patients qu'il entend auditionner et examiner (Cass. Civ. 2e, 14 févr. 2013).

⁴ ANAES/HAS, Amélioration..., préc., p. 45

⁵ Art. R. 6113-14, CSP

⁶ Art. 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 (modifié par la loi n° 2021-875 du 1er juillet 2021)

⁷ Art. 104, code de déontologie médicale (art. R. 4127-104, CSP)

⁸ Art. L. 1413-14, CSP

⁹ CNOM, Chambre disciplinaire nationale, 19 avril 2016, n° 12528

¹⁰ Art. L. 6144-1, CSP

¹¹ Art. R. 6111-4, CSP ; circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

¹² Art. L. 31, Code des pensions civiles et militaires de retraite (modifié par l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020)

¹³ Art. R. 442-2, code de la sécurité sociale

¹⁴ Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social (article L. 710-5 du code de la santé publique sur le médecin responsable de l'information médicale abrogé par l'ordonnance du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique)

¹⁵ Ce médecin est en effet chargé, dans le cadre de sa mission réglementaire, de veiller « à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs » (art. R. 6113-4,

CSP modifié par le décret n°2018-1254 du 26 décembre 2018). On notera, concernant les données recueillies dans le cadre du « programme de médicalisation du système d'information » (PMSI), que les établissements de santé doivent prendre toutes dispositions utiles afin de permettre aux patients d'exercer auprès du médecin responsable de l'information médicale, par l'intermédiaire du praticien ayant constitué le dossier, leurs droits d'accès et de rectification tels que prévus par la loi du 6 janvier 1978 susvisée (Arrêté du 23 décembre 2016, art. 1 III, modifié par un arrêté du 20 décembre 2019). Les médecins inspecteurs de santé publique et les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin chargé de l'information médicale, aux fichiers de RPS et de RAA (Arrêté du 23 décembre 2016, art. 4 III, modifié par un arrêté du 27 décembre 2017).

¹⁶ *Art. R. 6113-1, CSP*

¹⁷ *Art. R. 6113-2, CSP*

¹⁸ *Art. R. 6113-4, CSP, tel que modifié par le décret n° 2018-1254 du 26 décembre 2018*

¹⁹ *Art. R. 6113-5, CSP, tel que modifié par le décret n° 2018-1254 du 26 décembre 2018*

²⁰ *Art. R. 6113-6, CSP, tel que modifié par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016*

²¹ *Art. R. 6113-7, CSP, tel que modifié par le décret n° 2018-1254 du 26 décembre 2018*

²² *Dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi « CNIL » n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

²³ *Art. R. 6113-8, CSP, tel que modifié par le décret n° 2017-631 du 25 avril 2017*

²⁴ *Art. R. 6113-9, CSP*

Chapitre 17 – Le dossier de l'activité libérale des praticiens hospitaliers >>

Les praticiens statutaires exerçant au minimum huit demi-journées par semaine peuvent être autorisés à exercer au sein du groupe hospitalo-universitaire une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la santé publique et de la charte de l'activité libérale de l'AP-HP, sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement des missions de l'établissement et du service public hospitalier¹.

Cette activité libérale qui peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation est singulière au plan juridique. En effet, le patient est alors le plus souvent pris en charge par l'établissement pour une part substantielle de ses soins, tout en bénéficiant pour une partie de l'activité médicale, d'une relation personnelle, « privée », avec un praticien exerçant dans un cadre libéral, rémunéré par honoraires.

Ceci a des conséquences sur les modalités de communication du dossier médical.

Obligations personnelles du praticien

Le médecin hospitalier qui est autorisé à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale, selon des modalités fixées par le contrat qu'il a passé avec son établissement², est tenu *a minima* de constituer et de conserver sous sa seule responsabilité une fiche d'observation, et le cas échéant un véritable dossier médical, dans les conditions de toute activité médicale en ville.

Cette obligation résulte des obligations déontologiques suivantes :

« [...] *le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin [...]* » (art. R. 4127-45, CSP)³.

« *Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis* » (art. R. 4127-96, CSP).

En cas de demande d'accès à ces documents, le médecin en donnera communication personnellement au demandeur dans les conditions de droit commun prévues par la loi. Il établira le moment venu, par précaution, un procès-verbal de destruction des dossiers, au terme de leur conservation⁴.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) recommande, à défaut de précision réglementaire, que les médecins d'exercice libéral conservent leurs dossiers au moins vingt ans, s'alignant ainsi sur les règles applicables aux établissements de santé⁵.

Lorsque le médecin libéral cesse son activité (v. p. 55), par suite le plus souvent d'une décision programmée, il est important qu'il en avertisse par avance ses patients (information orale, affichage dans la salle d'attente).

Compte tenu de la spécificité de cette activité, le médecin n'aura pas à proprement parler de successeur. Conformément aux recommandations du CNOM, il transmettra avant son départ le

dossier de ses patients, sur leur demande, aux médecins qu'ils lui auront désignés pour assurer la continuité des soins⁶.

Obligations de l'établissement

Les textes sont discrets sur les conditions de gestion des dossiers médicaux dans le cadre de cette activité, à l'exception d'une clause du contrat-type règlementaire « *d'activité libérale* » devant être conclu entre le praticien concerné et l'établissement⁷. Cette clause prévoit que « *l'établissement s'engage à veiller (...) à ce que les dossiers et documents médicaux soient conservés sous la responsabilité (du praticien) à l'abri des indiscretions* ». Il résulte ainsi une double obligation :

- Celle de l'établissement de veiller à la bonne conservation des dossiers dans les conditions de confidentialité appropriées ;
- Celle du praticien, qui conserve l'entière responsabilité de la gestion des dossiers dont il est responsable.

Une organisation doit être définie par l'établissement avec chaque praticien concerné. A défaut de l'avoir précisé dans le contrat d'activité libérale conclu par l'établissement avec le praticien, il est recommandé d'établir un protocole (ou une convention) avec chaque praticien concerné, afin d'en définir les modalités concrètes : conditions du dépôt, lieu de conservation, conditions de consultation et de communication, etc.

Ce document de nature contractuelle pourra notamment définir les conditions de facturation au praticien de la conservation de ses dossiers, ainsi que de leur communication lorsqu'ils sont « externalisés » à titre onéreux auprès d'un prestataire⁸.

En pratique

Deux situations seront *a priori* distinguées :

- Celle où les actes médicaux sont effectués sans que ne soient mis à disposition du praticien par l'établissement des équipements et des personnels pour les examens de diagnostic et les soins, (c'est en général le cas des « *consultations* » privées). Il s'agit alors d'une activité dans laquelle le médecin gère directement et complètement ses dossiers bien que s'effectuant dans les locaux de l'hôpital. Un accord avec la direction de l'hôpital formalisera le cas échéant l'assistance que l'établissement apportera pour la bonne conservation des dossiers et leur communication en tant que de besoin ;
- Celle où l'activité exercée à titre libéral s'inscrit dans une prise en charge globale hospitalière (cas de la chirurgie par exemple, faisant intervenir l'équipe chirurgicale et d'anesthésie) ou dans laquelle d'autres moyens que les seuls locaux de consultation sont mis à disposition de l'activité ou du moins y sont associés (équipements, fournitures, personnels.) Dans cette situation, le patient relève partiellement de l'activité « *publique* » de l'établissement de santé. L'établissement doit alors établir un dossier médical et en assurer la conservation dans les conditions ordinaires. Le praticien pourra y joindre ses fiches d'observations et les documents retraçant la prise en charge du patient, ceci dans l'intérêt du patient (afin qu'il puisse ainsi que l'équipe hospitalière avoir communication d'un dossier unique).

Il en est ainsi au sein de l'AP-HP s'agissant du dossier patient informatisé ORBIS : toutes les informations relatives à la santé du patient sont conservées dans un dossier médical unique retraçant à la fois la prise en charge dans le cadre de l'activité publique et celle de l'activité libérale intra-hospitalière. Il revient au praticien exerçant en activité libérale de mentionner au dossier les éléments

de prise en charge qui relèvent de sa prise en charge personnelle, ceci afin de pouvoir en justifier en cas de nécessité.

La communication des informations s'effectue selon le cas :

- Par le praticien concerné exerçant à titre libéral, pour les actes qui le concernent, ou pour l'ensemble des actes s'il est responsable de la prise en charge globale du patient ;
- Par un autre médecin de l'établissement, le cas échéant, si les informations demandées portent exclusivement sur la partie « hospitalière » de la prise en charge⁹.

La direction de l'hôpital et le médecin exerçant à titre libéral conviendront ensemble des modalités de communication en cas de doute.

Accès à des fins de contrôle

Le service du contrôle médical de la Sécurité sociale peut se faire communiquer, dans le cadre de sa mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé exerçant à titre libéral, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité. « *Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné (...)* » (art. R. 315-1-1, code de la sécurité sociale).

En revanche, les agents de l'administration fiscale ne peuvent avoir accès aux documents couverts par le secret médical et donc aux dossiers médicaux¹⁰.

Notes du chapitre 17

¹ Art. L 6154-1 et s., CSP

² Art. R. 6154-4, CSP (annexe 61-2)

³ Bien que le texte fasse référence à une « fiche d'observation » qui renvoie à l'idée d'un support d'information moins important et rigoureux que le dossier médical, le Conseil national de l'Ordre des médecins a néanmoins souligné que « ces fiches doivent être considérées comme des dossiers » et qu'à ce titre, « les médecins libéraux doivent s'inspirer des textes (qui fixent le contenu des dossiers hospitaliers) en les simplifiant au maximum » (CNOM, Guide d'exercice professionnel, Flammarion, coll. « Médecine Sciences », n° 34, 1998, p. 209).

⁴ Art. R. 1112-7, CSP ; CADA, Ministère des solidarités et de la santé, avis n° 20211750 du 15 avril 2021

⁵ CNOM, Tenue, conservation et accès au dossier médical, mars 2017 ; Art. R.1112-7, CSP

⁶ CNOM, Tenue, conservation et accès au dossier médical, mars 2017

⁷ Art. R. 6154-4, CSP (annexe 61-2)

⁸ Proposition de protocole : Protocole entre (établissement) et (le Dr.../Pr...):

« Art. 1 - Conformément aux dispositions de l'article R. 6154-4 du code de la santé publique et de l'annexe 61-2 constituant le contrat-type d'activité libérale prévu par l'article L. 6154-4 du code de la santé publique, et pour la mise en œuvre du contrat d'activité libérale conclu le (date) entre (l'établissement) et (le Dr./Pr...), (l'établissement) s'engage à veiller à ce que les dossiers et documents médicaux relevant de l'activité libérale exercée dans ce cadre par (le Dr./Pr...) soient conservés au sein de l'établissement sous la responsabilité du (Dr./Pr...).

Art. 2 - Les dossiers et documents visés à l'article 1 seront conservés comme suit (local, modalités d'accès, etc. ; le cas échéant : principe de conservation des pièces et documents dans le dossier « hospitalier » des patients concernés).

Art. 3 - (le cas échéant) En cas de demande de communication des dossiers et documents, il sera procédé ainsi (préciser).

Art. 4 - À l'échéance du contrat d'exercice libéral, il sera procédé ainsi (remise des dossiers et documents à un successeur désigné, conservation des dossiers et documents par le médecin sur son nouveau lieu d'exercice, versement des informations dans le dossier médical « hospitalier » des patients, etc.).

Fait à ..., le ...

Signatures du directeur de l'établissement et du médecin. ».

⁹ Il revient au praticien de bien veiller, dans ses explications sur les modalités de la prise en charge, « à ce qu'aucune confusion n'apparaisse entre l'activité publique et l'activité privée » (CNOM, Commentaires du code de déontologie médicale, 2022, sous l'article 98, p. 286).

¹⁰ Conseil d'Etat, 13 mai 1998. Le Conseil d'Etat confirme une décision de la Cour administrative d'appel de Paris qui avait prononcé l'irrégularité d'une procédure d'imposition au motif que les documents qui avaient permis de contrôler la comptabilité du praticien en cause étaient couverts par le secret professionnel ; Cour administrative d'appel de Douai, 2ème ch., 5 décembre 1992. Les dispositions du livre des procédures fiscales ne « font pas obstacle à ce que l'administration prenne connaissance, pendant les opérations de contrôle, d'un document fournissant des renseignements sur le paiement des actes effectués par un médecin sur des patentes nommément désignés, sous réserve toutefois que ce document ne comporte aucune indication concernant la nature des prestations médicales fournies aux patients ».

Chapitre 18 – Le dossier de la recherche biomédicale >>

Les établissements publics de santé – et tout particulièrement les CHU – sont fréquemment le lieu de recherches biomédicales sur des patients effectuées dans le cadre des dispositions légales sur les recherches impliquant la personne humaine¹.

A l'occasion de ces recherches, des cahiers d'observation ou « *case report form* » (CRF) sont constitués, parallèlement aux dossiers médicaux hospitaliers établis au titre de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique. Ils relèvent de règles distinctes.

Le cahier d'observation constitue un document destiné à recueillir par écrit toutes les informations requises par le protocole concernant chaque personne qui se prête à la recherche et devant être transmises au promoteur. L'exactitude de ces informations est essentielle puisque la crédibilité des données et des résultats de la recherche en dépend².

Ainsi, l'investigateur doit s'assurer que les données, communiquées au promoteur dans les cahiers d'observation et les rapports requis, sont recueillies et enregistrées au fur et à mesure, de manière exacte, complète et lisible³.

Dans le cadre de la recherche, le dossier médical sert à la vérification de l'authenticité et de la cohérence des informations recueillies dans le cahier d'observation et si nécessaire à compléter ou à corriger ce cahier. La participation de la personne à la recherche ainsi que les modalités du recueil de son consentement et de la délivrance de l'information en vue de le recueillir sont tracées dans le dossier médical.

L'ensemble des documents et données relatifs à la recherche composent le dossier permanent de la recherche.

Contenu des dossiers permanents de la recherche

L'article R. 1123-61 du code de la santé publique prévoit que les documents et données relatives à la recherche doivent être conservés par le promoteur et l'investigateur de la recherche pendant une période fixée par arrêté.

Un arrêté du 8 novembre 2006⁴ apporte une série de précisions pour les recherches portant sur un médicament à usage humain. Il indique que les documents et données relatifs à la recherche constituent des documents essentiels qui composent le « dossier permanent de la recherche ».

Ces documents, individuellement et collectivement, doivent permettre l'évaluation de la réalisation d'une recherche biomédicale et de la qualité des données produites. Ils doivent servir à démontrer que l'investigateur, le promoteur ainsi que tout intervenant dans la recherche respectent :

- Les règles de bonne pratique clinique ainsi que les textes législatifs et réglementaires en vigueur ;
- En particulier, l'arrêté du 23 avril 2004 fixant les normes et protocoles applicables aux essais analytiques, toxicologiques et pharmacologiques ainsi qu'à la documentation clinique auxquels sont soumis les médicaments et produits pharmaceutiques.

Ce dossier doit comprendre au moins les documents et données indiqués dans les règles de bonne pratique clinique, établies par l'ANSM (l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), pour les recherches biomédicales portant sur les médicaments à usage humain.

Le promoteur et l'investigateur doivent le conserver pendant au moins quinze ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé. Les dossiers peuvent être conservés pendant une période plus longue si cela est prévu dans le cadre d'un accord entre le promoteur et l'investigateur.

Enfin, s'agissant des recherches biomédicales portant sur un médicament dérivé du sang, l'arrêté de 2006 prévoit que les documents et données relatifs à la recherche doivent être conservés pendant quarante ans après la fin de la recherche ou de son arrêt anticipé.

Un arrêté du 11 août 2008 définit à son tour et dans les mêmes termes le « dossier permanent de la recherche » pour les recherches biomédicales autres que celles portant sur des médicaments à usage humain⁵. Il prévoit les durées de conservation des documents et données en la matière, à savoir :

- pour les recherches biomédicales portant sur des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* : pendant au moins 15 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales portant sur des dispositifs médicaux incorporant une substance qui, si elle est utilisée séparément, est susceptible d'être considérée comme un médicament dérivé du sang : pendant 40 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales portant sur des produits cosmétiques, pendant au moins 10 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales portant sur des produits sanguins labiles, des organes, des tissus d'origine humaine ou animale, ou des préparations de thérapie cellulaire : pendant au moins 30 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L. 5311-1 du code de la santé (hors compétence de l'ANSM) : pendant au moins 15 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé.

Pour finir, un règlement européen⁶ définit les conditions d'archivage du « dossier permanent de l'essai clinique », modifiant les règles établies en 2006 pour la recherche biomédicale portant sur des médicaments à usage humain. Ce dossier est désormais conservé pendant vingt-cinq ans après la fin de l'essai clinique.

Dossier médical et dossier permanent de la recherche

Les « dossiers permanents de la recherche » ne sont pas des dossiers médicaux au sens du code de la santé publique (art. R. 1112-2), obligatoirement établis et conservés par les établissements de santé. Ils sont établis et conservés par le promoteur et l'investigateur, qui ne sont pas tenus à les communiquer au patient qui en ferait la demande.

La tenue d'un dossier permanent de la recherche ne modifie donc en rien l'obligation qui s'impose à l'établissement de santé de constituer un dossier médical hospitalier, qui récapitule les différents éléments de prise en charge du patient, y compris les examens et soins effectués dans le cadre de la recherche. Ces éléments du dossier médical pourront ainsi être communiqués aux personnes concernées qui en font la demande.

En effet, l'article L. 1122-1 du code de la santé publique relatif à l'information de la personne qui se prête à une recherche impliquant la personne humaine précise que : « *La personne dont la participation est*

sollicitée est informée de son droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant sa santé, détenues par l'investigateur ou, le cas échéant, le médecin ou la personne qualifiée qui le représente. ».

Accès aux données et confidentialité

Le code de la santé publique prévoit que :

- les personnes chargées du contrôle de qualité d'une recherche biomédicale et dûment mandatées à cet effet par le promoteur ont accès, sous réserve de l'absence d'opposition des personnes concernées dûment informées, aux données individuelles strictement nécessaires à ce contrôle. Ces personnes sont soumises au secret professionnel (art. L. 1121-3) ;
- les expérimentateurs, les investigateurs et les personnes appelées à collaborer aux essais sont tenus au secret professionnel en ce qui concerne notamment la nature des produits étudiés, les essais, les personnes qui s'y prêtent et les résultats obtenus ;
- ils ne peuvent, sans l'accord du promoteur, donner d'informations relatives aux essais qu'au ministre chargé de la Santé, aux médecins inspecteurs de santé publique, aux pharmaciens inspecteurs de santé publique, au directeur général et aux inspecteurs de l'ANSM.

Les essais ne peuvent faire l'objet d'aucun commentaire écrit ou oral sans l'accord conjoint de l'expérimentateur ou de l'investigateur et du promoteur (art. R. 5121-13).

Les conditions de l'accès aux documents et données individuelles de la recherche sont par ailleurs énoncées par la décision de l'AFSSAPS⁷ (devenue ANSM) du 24 novembre 2006 fixant les règles de bonnes pratiques cliniques, lorsqu'il s'agit de recherches biomédicales sur des médicaments à usage humain⁸.

Ces règles prévoient que :

- le promoteur doit s'assurer que le protocole (ou tout autre accord écrit) précise que les investigateurs mettent les documents et données individuelles strictement nécessaires au suivi, au contrôle de qualité et à l'audit d'une recherche biomédicale à la disposition des personnes ayant accès à ces documents au titre du contrôle qualité ;
- la vérification de la cohérence des données recueillies avec les données « sources » implique la consultation directe des données individuelles strictement nécessaires à ce contrôle. Ces activités doivent obéir à des règles très strictes en matière de confidentialité. Ainsi, les personnes chargées de cette vérification doivent avoir été individuellement mandatées à cet effet par le promoteur. Les personnes ainsi mandatées étant appelées à collaborer aux recherches sont soumises au secret professionnel, au même titre que les investigateurs eux-mêmes ;
- le promoteur doit s'assurer que chaque personne qui se prête à la recherche a donné son accord par écrit pour l'accès aux données individuelles la concernant et strictement nécessaires au contrôle de qualité de la recherche ;
- lorsque des enveloppes scellées contenant des exemplaires des formulaires de recueil de consentement ont été confiées au promoteur, il ne doit en aucun cas les ouvrir. Le promoteur ne pourra remettre ces enveloppes, sur demande, qu'au directeur général et aux inspecteurs de l'ANSM, à l'investigateur concerné ou à des représentants de l'autorité judiciaire.

Accès aux protocoles de recherche

Les recherches impliquant la personne humaine et leurs résultats, à l'exception de ceux relevant du secret de la défense nationale, sont inscrits dans un répertoire d'accès public selon des règles déterminées par décret⁹ (art. L. 1121-15, CSP).

Sont notamment soumis à ces dispositions les essais cliniques de médicaments, régis par les dispositions du règlement (UR) n°536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 (art. L. 1124-1 IV, CSP).

L'ANSM répertorie les différents registres d'essais cliniques en France :

- pour toutes maladies confondues : le registre des essais cliniques de l'Agence européenne du médicament (EU clinical trials register) ;
- le registre des essais cliniques de l'Institut national du cancer (INCa) ;
- le répertoire des études cliniques de l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS) ;
- pour les maladies rares : la base de données « *Recherche et essais cliniques* » Orphanet.

Au niveau international, les éléments essentiels des protocoles de recherche sont publiés sur un site américain accessible au public (ClinicalTrials.gov des Instituts américains de la santé (National Institutes of Health - NIH)). En effet, l'enregistrement d'un essai clinique sur un registre est souvent une condition requise par les éditeurs de revues pour publication. L'investigateur peut également demander au promoteur d'enregistrer son essai sur ce registre, après avoir complété le formulaire en anglais.

L'AP-HP dispose aussi d'un moteur de recherche dédié au registre des essais cliniques de l'AP-HP. Il a pour objectif de fournir aux patients et aux professionnels de santé des informations fiables et actualisées mensuellement, sur tous les essais cliniques dont l'AP-HP est promoteur.

Il contient des protocoles d'essais cliniques sous forme de résumés destinés aux patients, des d'informations scientifiques détaillées, la liste des centres français participant, un formulaire de contact.

Notes du chapitre 18

¹ Art. L. 1121-1 à L. 1128-12, CSP ; Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales

² Décision du 24 novembre 2006 fixant les règles de bonnes pratiques cliniques pour les recherches biomédicales portant sur des médicaments à usage humain (JO du 30 novembre 2006)

³ Ibid.

⁴ Arrêté du 8 novembre 2006 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale portant sur un médicament à usage humain

⁵ Arrêté du 11 août 2008 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale autre que celle portant sur les médicaments à usage humain

⁶ Règlement UE n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20/CE

⁷ Devenue Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

⁸ Décision du 24 novembre 2006 fixant les règles de bonnes pratiques cliniques pour les recherches biomédicales portant sur des médicaments à usage humain

⁹ Décret n° 2019-536 du 29 mai 2019 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 110) ; Décret n° 2016-1872 du 26 décembre 2016 modifiant le décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 2) ; Décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 34-2)

Chapitre 19 – La durée du droit à la communication »

Le droit à communication du dossier médical n'est pas illimité dans le temps. L'obligation de conserver les données médicales du patient ne s'impose à l'établissement que pendant une durée déterminée, pour des raisons matérielles évidentes.

Au terme de cette période, le dossier peut être détruit. La traçabilité des éliminations via un bordereau permet de prouver l'impossibilité de la communication.

Durée de conservation

La réglementation applicable aux archives hospitalières prévoit une durée minimale de conservation des informations médicales, qu'il s'agisse de documents « papier », informatisés ou constitués sur un autre support.

L'établissement public de santé, qui dispose de la possibilité, à compter de l'expiration du délai réglementaire de conservation des dossiers, de les détruire¹ n'en est pas moins tenu de les communiquer si leur conservation s'est maintenue au-delà de ce délai : le fait que les dossiers ou informations aient été versés aux archives compte tenu de leur intérêt médical², scientifique, statistique ou historique ne modifie en rien leur régime de communication³.

Depuis le décret n°2006-6 du 4 janvier 2006⁴, l'article R. 1112-7 du code de la santé publique précise que le dossier médical est conservé pendant une durée de 20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein⁵.

Lorsqu'en application de ces dispositions, la durée de conservation du dossier s'achève avant le 28ème anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date⁶. Le dossier du mineur est donc conservé au moins jusqu'à ses 28 ans, sauf en cas de décès.

Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier doit être conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès.

Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement. Ces dossiers peuvent faire l'objet d'une élimination à l'issue d'un délai de 10 ans après la clôture du dossier contentieux, c'est à dire à compter de la dernière pièce de procédure.

Les dossiers conservés pour des raisons scientifiques, statistiques ou historiques sont librement communicables à compter d'un certain délai (v. p. 36).

Lorsque la consultation n'est pas suivie d'une hospitalisation, le dossier de consultation est distinct du dossier médical tel que défini par l'article R. 1112-2 du code de la santé publique (p. 8-9). S'agissant du dossier de consultation externe, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) préconise sous son commentaire de l'article R.4127-45 du même code une conservation minimale de 10 ans

correspondant au délai de prescription en matière de responsabilité médicale prévue à l'article L. 1142-28.

Les cas particuliers

Des dispositions spécifiques s'appliquent aux documents relatifs aux transfusions sanguines : la mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel devant figurer dans le dossier médical⁷ doivent y être conservés pendant une durée de 30 ans⁸. Toutefois, dans certaines hypothèses, afin de respecter la durée de conservation de 30 ans, il sera parfois nécessaire d'extraire ces documents du dossier médical du patient (exemple : si un patient ayant reçu une transfusion décède). A noter que le délai de conservation de 30 ans des dossiers transfusionnels court à compter de la date de la transfusion (indépendamment de celle du décès du patient, par exemple). D'où l'intérêt, dans la mesure du possible, d'extraire le dossier transfusionnel du dossier médical et de gérer la durée de conservation de chaque partie de manière indépendante.

S'agissant du dossier d'accouchement dans le secret, l'instruction du 4 avril 2016 ne prévoit pas de délai précis. Cependant, il est certain que ces dossiers médicaux doivent être conservés « *bien au-delà de 20 ans* »⁹. Au regard de cette instruction, le Conseil national pour l'accès aux origines (CNAOP) préconise de conserver ces dossiers indéfiniment.

Une instruction ministérielle¹⁰ recommande aux établissements de santé de réserver un classement particulier à ces informations s'ils souhaitent pouvoir éliminer les autres éléments du dossier médical à l'issue du délai de droit commun sans avoir à procéder à de longues opérations de tri.

D'autres documents (hors du dossier médical) relèvent de durées de conservation spécifiques. Ainsi :

- en assistance médicale à la procréation (AMP) : 40 ans pour le dossier médical du donneur de gamètes (v. p. 101) ; le dossier du donneur est conservé sous forme pseudonymisée durant au moins 40 ans¹¹ ;
- en recherche biomédicale : 10, 15, 25, 30 ou 40 ans (v. p. 157-158) ;
- en génétique (examen des caractéristiques génétiques d'un patient) : 30 ans pour les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale¹².

Les informations contenues dans les registres de destination des corps¹³ sont conservées 50 ans à compter de la date de décès. A l'issue de ce délai, ces registres doivent être transmis au service des archives. A noter que ces registres peuvent également être transmis au service des archives (voir avec le service) de manière anticipée (avant la fin du délai de 50 ans).

Notes du chapitre 19

¹ Art. R. 1112-7, CSP : l'élimination s'effectue selon une procédure précise et notamment l'établissement d'un procès-verbal de destruction, Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPACI n° 2007-322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical. La destruction du dossier entraîne l'impossibilité de le communiquer, et lorsqu'il y a été procédé dans les règles, fera considérer comme étant sans objet une demande de communication (CADA, avis n°20183938 du 31 décembre 2018)

² L'élimination des dossiers relève en effet d'une décision du directeur, après avis notamment du médecin responsable de l'information médicale (DIM) (art. R. 1112-7, CSP). Pour des raisons médicales ou autres, l'établissement peut avoir décidé de conserver les documents au-delà des dates réglementaires minimales. On rappellera qu'à l'issue du délai de conservation, la décision d'élimination constitue une faculté et non une obligation pour l'établissement et que les décisions d'élimination sont prises par le directeur après avis du médecin responsable de l'information médicale (DIM). Elle est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives, « qui détermine ceux des dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique » (art. R. 1112-7, CSP). Il revient donc au médecin responsable de l'information médicale (DIM) de juger de l'opportunité d'une conservation prolongée (Instruction interministérielle du 14 août 2007 préc.).

³ Art. 6 de la loi du 3 janvier 1979 sur les archives ; CADA, ministre de la Défense, avis n° 20022668 du 11 juillet 2002. Il se peut d'ailleurs qu'un dossier ait été conservé au-delà du délai ordinaire, pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique : le directeur peut utilement pour ce motif transmettre une demande de communication du dossier aux archives départementales pour le cas où le dossier y aurait été conservé à ce titre (CADA, avis n°20211750 du 15 avril 2021)

⁴ Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique

⁵ L'Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPACI n° 2007-322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical précise que l'obligation de conservation porte sur « l'ensemble des informations relatives à un même patient, quelle que soit la date à laquelle elles ont été constituées ou recueillies par l'établissement de santé, tant que le dernier passage de ce patient ne remonte pas à plus de 20 ans ».

⁶ Cette prorogation tient compte du fait que les délais de prescription en matière de responsabilité médicale - fixés à 10 ans à compter de la consolidation du dommage par l'art. L. 1142-28, CSP - ne courent pas en ce qui concerne les personnes mineures. Elle est destinée à garantir aux patients un délai minimum de conservation de 10 ans à compter de leur majorité.

⁷ Art. R. 1112-2, CSP (v. p. 10)

⁸ Directive européenne n° 2005/61/CE du 30 septembre 2005 et CNIL, Les durées de conservation - Traitement dans le domaine de la santé (hors recherches)

⁹ Instruction n° DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016 relative au protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret entre les Conseils départementaux et les établissements de santé et au guide des bonnes pratiques pour faciliter l'accès aux origines personnelles des personnes nées dans le secret et relative à la conservation des registres et des dossiers concernant les accouchements dans le secret

¹⁰ Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPACI n° 2007-322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical

¹¹ Arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation

¹² Art. R.1131-20, CSP

¹³ Art. R. 1112-76-1, CSP ; Arrêté du 5 janvier 2007 relatif au registre prévu à l'article R. 1112-76-1 du code de la santé publique et portant modification de l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé

Chapitre 20 – Quand l’hôpital n’est pas en mesure de communiquer le dossier »

L’importance du dossier médical pour les patients se mesure tout particulièrement lorsque l’établissement n’est pas en mesure de le communiquer, y procède de façon incomplète ou ne peut remettre que des documents détériorés.

Il peut en être ainsi en raison de mauvaises organisations, de négligences et plus rarement, dans des circonstances accidentelles (incendie, inondation, etc.).

Il en résultera généralement, d’une façon ou d’une autre, des inconvénients pour la prise en charge du patient, et dans certains cas, un véritable préjudice.

Dossier incomplet, perte du dossier et préjudice

La perte de tout ou partie d’éléments du dossier médical, l’absence de pièces dont la présence s’imposait, la mauvaise conservation des documents seront le cas échéant constitutives d’une faute de l’établissement, en ce qu’elle révèle une mauvaise organisation ou un dysfonctionnement du service. Elles pourront engager sa responsabilité au plan indemnitaire¹. Dans certains cas, la responsabilité propre du professionnel pourra également être recherchée.

Cette situation pourra être l’objet d’un préjudice moral, indemnisable à ce titre. De jurisprudence constante, la responsabilité de l’établissement de santé ne peut être cependant recherchée qu’à la condition que la victime rapporte la preuve d’un préjudice certain à la suite de la perte d’un dossier².

Il a été jugé, par exemple, que « *si l’absence de communication de son dossier n’a pas fait obstacle à ce que M. R. obtienne gain de cause dans la procédure judiciaire qu’il a engagé, il ressort de l’instruction que le requérant a subi un préjudice moral certain du fait de cette non communication, le laissant notamment dans l’incertitude alors qu’il était fragilisé par la maladie pendant le déroulement de la procédure judiciaire (...)* ». Ce préjudice a été reconnu comme indemnisable³.

La responsabilité de l’administration peut également être engagée si lesdites fautes ont eu une incidence sur l’état de santé du patient. La jurisprudence impose cependant un lien direct entre la faute de l’administration et le préjudice subi par le patient, pour que la responsabilité de l’administration soit engagée⁴.

L’AP-HP a déjà été condamnée à la réparation du préjudice subi par un patient du fait de la destruction abusive de son dossier médical, ne lui permettant plus de faire valoir ses droits⁵.

La disparition d’un élément important du dossier du patient a pour effet de mettre à la charge de l’établissement la preuve de l’absence de faute dans le traitement suivi par le patient⁶.

Enfin, le retard volontaire du directeur d’un établissement de santé dans la communication de l’intégralité d’un dossier médical, malgré l’annulation par le tribunal de sa décision de refuser de communiquer le dossier, constitue également une faute de nature à engager la responsabilité de l’établissement et à ouvrir droit à indemnisation⁷.

Impossibilité de la communication

La perte définitive - pour tout ou partie - du dossier médical placera l'établissement dans l'impossibilité matérielle de le communiquer (v. p. 28). La saisine de la CADA par le patient ou un ayant droit sera sans effet sur ce point.

En pratique, il importe que l'établissement, tout en présentant ses excuses, apporte toutes précisions utiles pour expliquer au demandeur les motifs d'une perte *a priori* définitive et le persuader que l'absence de communication, *a priori* fautive, ne résulte pas d'une mauvaise volonté de sa part ou de désinvolture dans la recherche du dossier.

Notes du chapitre 20

¹ La circulaire n° 97-149 du 26 février 1997 relative à l'accès des patients aux informations dans le domaine de la transfusion sanguine précise que « s'agissant d'un défaut d'archivage, la responsabilité pourrait être engagée s'il était établi un lien de causalité directe entre, d'une part, l'absence de tout ou partie de ces informations, de même qu'une communication incomplète ou hors du délai légal et, d'autre part, l'existence d'un dommage, d'une perte de chance pour le patient ou d'une privation de ses droits » ;

TA Paris, 26 juin 2020, n° 1716361/6-1 : « Il résulte de ces dispositions que la perte d'un dossier médical ou d'une partie de ce dossier engage la responsabilité du service public hospitalier dès lors que sa conservation lui incombe. Une telle perte, qui caractérise un défaut d'organisation et de fonctionnement, place le patient ou ses ayants-droits dans l'impossibilité d'accéder aux informations de santé concernant celui-ci et, le cas échéant, d'établir l'existence d'une faute dans sa prise en charge. Dès lors, elle conduit à inverser la charge de la preuve et à imposer à l'établissement de santé de démontrer que les soins prodigués ont été appropriés. ».

² Conseil d'Etat, 5 juin 1981, Madame Damy, n° 17282 ; TA Paris, 24 novembre 2023, N°2123900/6-1

³ TA Melun, 1er octobre 2010, n° 0703106/1 ; v. aussi Cour administrative d'appel de Lyon, 23 mars 2010, n° 07LY01554 ; CAA Paris, 7 février 2011, n° 10PA02035 et 22 octobre 2012, n° 10PA03678 ; CAA Paris, 19 décembre 2014, n° 14PA00078. En l'absence de preuve d'un trouble personnel pouvant expliquer le retard de 14 ans avec lequel la requérante avait demandé à consulter le dossier de sa mère décédée et du fait qu'elle ne pouvait davantage démontrer l'atteinte à sa réputation ou à sa notoriété que lui causait l'impossibilité de consulter ce dossier médical (perdu), le juge considère que n'est pas établi un préjudice moral susceptible de réparation indemnitaire (CAA Bordeaux, n° 07BX01758).

⁴ CAA Nancy, 29 janvier 2009, n° 07NC00670, CHR Metz-Thionville : « Considérant [...] qu'en admettant même que le Centre hospitalier régional de Metz-Thionville ait commis une faute dans la tenue et la conservation du dossier médical de M. R., ce dernier ne comprenant pas le dossier de soins infirmiers, cette faute, qui n'a généré aucun préjudice indemnisable propre, est sans lien direct avec les préjudices dont les consorts R. demandent réparation et qui sont la conséquence du décès prématuré de M. R. » ;

TA Paris, 24 novembre 2023, N°2123900/6-1

⁵ TA Paris, 10 mars 2009, n° 0320200/6-2

⁶ TA Clermont-Ferrand, 27 février 1990, Chapat c/CHG du Puy, n° 87740 ; Cass. civ. 1^{re}, 26 septembre 2018, n° 17-20.143

⁷ TA Pau, 9 mai 2007

Chapitre 21 – En cas de litige >>

Le patient, ses ayants droit ou des tiers peuvent donc, dans des conditions strictement définies, avoir communication du dossier médical ou de telles ou telles données médicales détenues par l'hôpital.

Les règles qui viennent d'être exposées ne permettent pas d'éviter des difficultés lorsque les parties en présence ne s'accordent pas sur le droit d'accès du demandeur ou sur les modalités de la communication.

Ces situations doivent être gérées en toute transparence en donnant à la personne qui souhaite accéder aux données toutes les informations nécessaires, notamment sur ses voies de recours.

La saisine préalable du directeur

Les personnes qui demandent la communication d'informations contenues dans un dossier médical et qui rencontrant des difficultés pour y parvenir doivent en premier lieu saisir le directeur d'établissement. La communication du dossier médical relève en effet de la responsabilité de ce dernier, qui « *veille [...] à ce que toutes dispositions soient prises* »¹.

L'hôpital peut bien entendu avoir de bonnes raisons de refuser la communication du dossier ou de tel ou tel document médical. Dans ce cas, il devra motiver sa décision de refus de communication.

En cas d'incertitude sur le caractère communicable de tel ou tel document ou de l'ensemble du dossier, et d'une manière générale, sur les modalités d'exercice du droit d'accès au dossier médical, il est recommandé aux équipes administratives et médicales de consulter, dans un premier temps, la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP.

La saisine de la CADA

Lorsque le dossier ou les informations sont détenues par un établissement public de santé, il est possible au demandeur confronté à un refus de communication de saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA)² d'une demande d'avis, par courrier simple, par télécopie ou par voie électronique :

Commission d'accès aux documents administratifs :

TSA 50730 - 75334 PARIS CEDEX 07

Téléphone : 01 42 75 79 99

Adresse mail : cada@cada.fr

En pratique, toute demande de communication formulée auprès de l'établissement de santé doit faire l'objet d'un accusé de réception, portant mention qu'un délai d'un mois sans réponse vaut rejet implicite, ainsi que des délais et voies de recours.

Après instruction d'une demande de communication de dossier médical, l'établissement doit en effet rendre une décision dans un délai d'un mois maximum³ à compter de la réception de cette demande. Comme indiqué ci-dessus, le silence gardé à l'expiration de ce délai vaut décision de rejet.

Toute décision explicite de rejet doit être motivée en fait et en droit, et porter mention des délais et voies de recours⁴ y compris l'obligation de saisir préalablement la CADA avant tout recours

contentieux. La conséquence de l'absence de ces mentions sera l'inopposabilité des délais de recours au demandeur⁵.

Tout demandeur confronté à une décision de refus de communication ou au silence de l'établissement bénéficie :

- 1) D'abord d'un droit de recours pour avis devant la CADA ;
- 2) Puis d'un droit de recours contentieux devant le tribunal administratif compétent. Tout recours porté directement devant le juge administratif serait rejeté comme étant irrecevable.

Proposition de motivation :

« (décision de refus de communication). La présente décision... peut faire l'objet d'un recours pour avis auprès de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) ; TSA 50730 - 75334 PARIS CEDEX tél. : 01 42 75 79 99; cada@cada.fr) dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Dans le délai d'un mois suivant la notification de l'avis rendu par la CADA, nous serons conduits à nous prononcer à nouveau sur votre demande. Notre décision pourra faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif (de Paris), dans un délai de deux mois suivant sa notification.

Notre silence à l'issue de ce délai d'un mois suivant la notification de l'avis de la CADA vaudra confirmation de la décision de rejet de votre demande. Cette décision implicite pourra de même faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif (de ...), dans les deux mois depuis l'enregistrement de votre saisine par la CADA ».

La saisine pour avis de la CADA

Dans un délai de deux mois à compter de la réception de la décision de refus explicite, ou à compter de la décision implicite de rejet, la personne ayant demandé à accéder au dossier médical peut donc saisir la CADA.

L'objet de ce recours est d'obtenir un avis sur le caractère communicable des documents sollicités. La CADA n'est compétente ni pour apprécier si un document contenu dans le dossier médical est susceptible de présenter une utilité dans la poursuite de l'un des objectifs du demandeur, ni pour communiquer les documents demandés.

La CADA doit être saisie sur papier libre, par lettre simple, ou par voie électronique en remplissant un formulaire en ligne. La demande doit comporter, de manière lisible :

- Un objet précis, avec la liste détaillée des documents demandés ;
- Les nom et prénom du demandeur, ainsi que ses coordonnées postales et, le cas échéant électronique ;
- En pièce jointe, une copie de la demande initiale de documents restée sans suite pendant plus d'un mois ou celle du refus exprès de l'administration hospitalière ;
- Le cas échéant, les dispositions législatives ou réglementaires sur lesquelles elles se fondent.

La CADA recommande aux demandeurs de « *rappeler, brièvement, le contexte dans lequel s'inscrivent la demande et la nature des documents demandés. À défaut, la demande pourrait être regardée comme irrecevable, car trop imprécise* ».

La CADA accuse réception de la demande et prend immédiatement contact avec l'établissement désigné par le demandeur comme étant l'auteur d'un refus de communication. A compter de l'enregistrement de la demande, la CADA dispose d'un délai d'un mois pour notifier son avis aux parties, bien que le non-respect de ce délai n'emporte aucune conséquence sur la régularité de la procédure.

Le président de la CADA adresse alors une mise en demeure de lui communiquer, dans un délai précisé, tous documents et informations utiles. Le rapporteur peut à tout moment prendre attache avec l'hôpital, et toute enquête sur place peut être organisée par les membres de la CADA. L'instruction prend fin à l'ouverture de la séance de la commission : aucun document reçu postérieurement n'est pris en compte dans l'examen du dossier.

Les séances de la CADA ne sont pas publiques. Une fois délibéré en séance, l'avis est notifié à la fois au demandeur et à l'hôpital sous la forme d'un courrier simple comportant le sens de l'avis, ainsi que les éléments de motivation.

L'avis de la CADA ne lie en aucun cas l'hôpital. La CADA ne peut donc le contraindre à revenir sur sa décision de refus.

Dans le délai d'un mois suivant la notification de cet avis, l'hôpital doit prendre une nouvelle décision, soit pour confirmer son refus de communication, soit pour accepter la demande initiale. En toute hypothèse, lorsque cet avis est favorable à la communication, l'hôpital doit, dans le mois qui suit sa notification, informer la CADA de sa décision de s'y conformer ou non.

Le silence gardé pendant ce délai d'un mois vaut confirmation implicite de la décision initiale de refus.

La CADA considère que le droit d'accès ne régit pas la communication entre autorités administratives et donc entre établissements de santé. Elle se déclarera incompétente pour se prononcer lorsqu'elle est saisie par un établissement public de santé qui s'est vu refuser la communication d'un dossier par un autre établissement.

La saisine du Défenseur des droits

Les démarches effectuées auprès de la CADA constituent la voie de recours préalable de référence s'agissant des documents « administratifs » que sont les dossiers médicaux.

Elles ne sont toutefois pas exclusives d'une éventuelle saisine du Défenseur des droits. Après avoir effectué des démarches préalables auprès de l'hôpital, toute personne s'estimant lésée dans ses droits par le fonctionnement de l'administration a la possibilité de saisir le Défenseur des droits, par écrit, d'une réclamation⁶.

Cette saisine peut être effectuée par voie électronique en remplissant un formulaire en ligne, en prenant rendez-vous avec les délégués du Défenseur des droits qui assurent des permanences juridiques (préfectures, sous-préfectures, maisons de justice et du droit) ou par courrier gratuit sans affranchissement à l'adresse suivante :

Défenseur des droits

Libre réponse 71120

75342 Paris CEDEX 07

Il appartient à l'auteur de la saisine de produire tous les éléments de nature à justifier des démarches qu'il a préalablement accomplies auprès de l'établissement de santé. Cette saisine n'a aucun effet sur les délais relatifs à l'exercice de recours administratifs ou contentieux : elle n'interrompt, ni ne suspend aucun délai.

Le Défenseur des droits apprécie si les faits qui lui sont soumis appellent une intervention de sa part et motive tout refus de donner suite à une saisine. Il peut demander des explications à l'établissement et entendre toute personne dont le concours lui paraît utile.

Il peut faire toute recommandation destinée à garantir le respect des droits de la personne qui s'estime lésée. Par la suite, l'hôpital devra informer le Défenseur des droits des suites données à ses

recommandations, dans un délai qu'il aura fixé. A défaut d'information dans ce délai ou s'il estime qu'une recommandation n'a pas été suivie d'effet, il pourra enjoindre l'hôpital de prendre, dans un délai déterminé, les mesures nécessaires. S'il n'est pas donné suite à ces injonctions, le Défenseur des droits pourra saisir le juge des référés d'une demande motivée aux fins d'ordonner toute mesure que ce dernier juge utile ; il établira un rapport spécial, qui sera communiqué à l'établissement et qui pourra être rendu public⁷.

La saisine du juge administratif

Dans l'hypothèse d'un refus persistant de communication⁸, la personne s'étant vue opposer la décision de refus peut saisir le juge administratif⁹ d'un recours en excès de pouvoir :

- Soit dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision de refus de l'hôpital intervenue après l'avis de la CADA ;
- Soit à l'expiration d'un délai de deux mois suivant la saisine de la CADA¹⁰, si l'hôpital est resté silencieux durant toute cette période.

Il est important de mentionner systématiquement les voies et délais de recours à l'intéressé. Dans le cas contraire, le juge pourra être saisi sans condition de délai : le recours pourra toujours être recevable, quel que soit le moment où il a été formé.

La saisine de la CNIL

En cas de difficulté dans l'exercice de son droit d'accès le patient peut saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), qui prendra attache avec la DPO pour l'instruction du dossier. La CNIL pourra demander des mesures correctrices ou prononcer des sanctions en cas de non-conformité.

Notes du chapitre 21

¹ Art. 115 du règlement intérieur de l'AP-HP

² La CADA a pour mission de « veiller au respect de la liberté d'accès aux documents administratifs ». Elle n'est pas compétente pour se prononcer sur les modalités de conservation des documents, sur la légalité d'une décision de rejet, ou pour interpréter les dispositions du livre III du code des relations entre le public et l'administration.

³ Art. R. 311-12 et R. 311-13 du code des relations entre le public et l'administration. Si l'établissement est tenu de communiquer le dossier médical au plus tard dans les huit jours suivant la demande (art. L. 1111-7, CSP), la saisine de la CADA ne peut être effectuée que lorsqu'une décision de refus est intervenue. Si l'hôpital rend une décision explicite de refus, le demandeur pourra saisir la CADA dans un délai de deux mois suivant la notification de cette décision. Si l'hôpital ne répond pas, une décision implicite de refus naîtra à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la demande : le demandeur pourra saisir la CADA dans un délai de deux mois suivant la naissance de cette décision implicite.

⁴ Conseil d'Etat, 11 juillet 2016, n° 391899 : « en matière de communication de documents administratifs, pour que les délais [...] soient opposables, la notification de la décision administrative de refus, ou l'accusé de réception de la demande l'ayant fait naître si elle est implicite, doit nécessairement mentionner l'existence d'un recours administratif préalable obligatoire devant la commission d'accès aux documents administratifs, ainsi que les délais selon lesquels ce recours peut être exercé ; qu'en revanche, aucune disposition législative ou réglementaire n'impose à l'autorité administrative mise en cause d'informer le demandeur du recours contentieux qu'il peut former auprès de la juridiction administrative, et des délais y afférents, si la décision de refus est confirmée après la saisine de cette commission ; que l'absence de telles mentions a seulement pour effet de rendre inopposables les délais prévus par les textes (...) pour l'exercice du recours contentieux »

⁵ Conseil d'Etat, 9 mars 1983, n°43501, Association SOS Défense

⁶ Article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ; loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits

⁷ Art. 25 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits

⁸ Lorsque le refus de communication n'est pas explicite, notamment en cas de communication incomplète, la règle de la demande préalable devant la CADA peut présenter des difficultés d'application. La CADA précise (www.cada.fr) que le recours, présenté devant un tribunal administratif, après un premier avis de la CADA suivi d'une communication de certaines pièces, contre le refus de communication de « pièces manquantes » est, en principe, irrecevable à défaut de nouvelle saisine de la CADA portant sur ces dernières pièces (Conseil d'Etat, 20 février 1985, Audebert, n° 551194 ; Conseil d'Etat, 6 mai 1985, Pezerat, n° 36620). Toutefois, quand la communication incomplète porte sur des documents précis et déjà identifiés lors de la première saisine de la CADA, une nouvelle saisine de la CADA n'est pas requise (Conseil d'Etat, 28 janvier 1998, Commune de Gravelotte c/ Bauchat, n° 144921).

⁹ Le litige devra être porté devant le tribunal administratif dans le ressort duquel a son siège l'établissement qui a pris la décision de refus.

¹⁰ « Ce point de départ du délai permet d'éviter toute manœuvre dilatoire de l'administration » (www.cada.fr).

A

Accès
aux données de la recherche · 157, 160
aux origines personnelles · 83
direct · 48, 104

Accident du travail · 148

Accompagnement
médical de la communication · 44, 48, 52
par une tierce personne · 44, 52, 75, 125

Accord du patient à la communication · 62, 65, 76, 82, 83, 126, 159

Accouchement sous X · 38, 82

Accusé réception de la demande · 50, 170

Acte de notoriété · 115

Actes transfusionnels · 11, 163

Analyse bénéfiques-risques · 8

Anonymat · 29, 82, 101, 149

Archives publiques · 19, 34, 36

Arrêté d'hospitalisation sur demande du représentant de l'Etat (SDRE) · 105, 108

Assistance médicale à la procréation · 12, 97, 163

Assistantes sociales · 18, 50, 61

Assurance-décès, Assurance-vie · 114, 140, 142

Assureur · 27, 45, 140

Autopsie · 12, 29, 57, 121

Autorisation d'opérer · 29

Avocat · 74, 106, 107, 119

Ayants droit · 5, 9, 14, 29, 35, 36, 48, 55, 65, 74, 84, 112, 114, 126, 140, 142, 147, 169

Conflits · 117

B

Bandes d'enregistrement du SAMU · 13, 31

Bris de glace (systèmes informatiques) · 70

C

CADA · 8, 45, 100, 167

Cahier d'observation · 157

Causes de la mort · 5, 9, 19, 112, 118, 119, 142

Certificat
de décès · 13, 120

d'hérédité · 116

médical · 10, 29, 35, 75, 113, 120, 141

Certification · 26, 146

Cessation d'activité du médecin · 54

Check-list sécurité du patient au bloc opératoire · 13

CNIL · 64

Commission
départementale des soins psychiatriques (CDSP) · 44, 51, 104

Commission des usagers · 65

Communication
à des médecins extérieurs à l'établissement · 64, 126
à l'administration fiscale · 62, 155
à l'administration hospitalière · 67
à un autre établissement de santé · 76
incomplète · 166, 173

Compte rendu opératoire · 11, 30

Confidentialité · 16, 18, 32, 50, 63, 68, 100, 140, 147, 159

Consentement aux actes médicaux · 11, 97

Conservation · 10, 19, 30, 34, 97, 153, 158, 162

Constat de la mort · 12, 22

Consultation sur place · 34, 48, 49, 105

Contrôle
de qualité (recherche biomédicale) · 159
médical · 146, 148, 155

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) · 126, 151

Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) · 147

Correspondances entre professionnels · 27, 28

Curatelle · 83, 87

D

Décès du patient · 13, 68, 112, 117, 119, 142

Défenseur des droits · 142, 171

Délai de communication · 51, 57

Demande
du dossier · 43
orale · 43
par écrit · 43
par voie électronique · 43, 169

Demandes
abusives · 44, 45
répétitives · 44

Demandeur · 9, 36, 48, 80

Destruction du dossier · 19, 25, 41, 68, 153, 166

Détention des informations · 28, 45
Directeur de l'établissement · 26, 67, 104, 127, 150, 169
Directives anticipées · 11, 13
Dispositifs médicaux · 12, 29, 158
Documents
administratifs · 8, 19, 36, 108
communicables · 27, 28, 113, 169
établis par une autorité administrative · 29
inachevés · 15, 29
juridictionnels · 29, 36, 45
manuscrits · 28, 38
numérisés · 7, 49, 56
originaux · 19, 30, 34, 68, 77
préparatoires · 28, 40
Dossier
administratif · 5, 8
conservé dans un cadre scientifique, statistique ou historique · 36, 162, 164
d'anesthésie · 11, 12
de consultations externes · 7, 10, 148, 162
de la recherche biomédicale · 157
de soins infirmiers · 7, 11, 17, 168
de soins paramédicaux · 18
de traitements externes · 10
définition · 7
d'hospitalisation · 7, 105
du couple donneur d'embryons · 100
du donneur de gamètes · 98
du patient · 5
d'urgences · 9, 11
fonctions · 8
incomplet · 113, 166
informatisé · 8, 15, 69, 154
intégral · 40, 44, 53, 54, 68, 166
permanent de la recherche · 157
social · 18
unique / unifié · 7, 17, 52
volumineux · 50, 57
Droit
à la communication · 26, 162
à l'information · 16, 39
d'accès · 14, 16, 19, 27, 53, 74, 80, 104
des ayants droit · 112, 142
d'opposition · 16, 60, 82
Droit d'opposition à la communication · 81
Durée de conservation · 10, 30, 34, 36, 98, 101, 153, 162

E

Echange / partage des informations · 59, 60, 62, 66, 76
Echantillons biologiques · 14
Elimination de documents · 34, 41
Employeur · 36, 45, 74, 78
Enfant

né dans le secret · 82
Enquête
administrative · 59, 147
Enregistrements · 13, 28
Enseignement · 55
Envoi postal · 43, 50, 53, 68
Equipe de soins · 13, 35, 60, 62, 64, 69, 106
Evaluation · 141, 146, 157
Evènement indésirables graves (EIG) · 66, 147
Examen des caractéristiques génétiques · 12, 92, 119, 142, 163
Externalisation des dossiers · 34, 56, 154

F

Fiche
de liaison infirmière · 18
d'incident transfusionnel · 11, 163
d'observation · 10, 34, 153, 156
Fin de vie · 12, 23
Formalisation des informations · 14, 28
Formulaire type · 44
Frais de communication · 9, 53, 57

G

Grands-parents · 80, 86, 118

H

Hébergement des données de santé · 34, 164
Héritiers · 112, 114, 116, 142

I

Identité du demandeur · 43, 74, 77, 80, 99, 112, 115, 118, 143
Identité du tiers · 31, 105
Imagerie médicale · 7, 11, 29, 30, 31, 54, 148
Information judiciaire · 36, 129, 136
Informations
identifiantes (don de gamètes) · 98, 100
médicales · 26
produites en dehors de l'hôpital · 10, 28
Inspecteur de l'ANSM · 159
Inspecteur de l'ARS · 126, 146

J

Juge administratif · 104, 170, 172
Juge des libertés et de la détention · 105, 106, 107, 110
Jugement de valeur · 8, 9, 32

L

Lames d'anatomie pathologique · 14
Livret
d'accueil · 43, 149
de famille · 80, 115, 119
Localisation des documents · 7, 52, 53, 69, 154

M

Magistrat · 36, 80, 84, 126, 129, 130, 131, 132, 134, 136, 148
Majeur protégé · 80, 83, 84, 89
Maladie professionnelle · 135, 148
Mandataire · 55, 74
Mandataire de protection future · 75
Mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) · 61, 105
Mandataire spécial · 84, 105
Médecin
conseil de l'AP-HP · 136, 137
conseil de l'Assurance maladie · 126, 146
conseil d'une compagnie d'assurances · 76, 94, 140, 141, 143, 144
de l'IGAS · 126, 146, 147
désigné par le patient · 48, 67, 75
du plateau médico-technique · 63
du travail · 36, 148
d'un centre de réforme · 148
expert · 131, 134, 135, 136
expert de la HAS · 146
inspecteur de santé publique · 126, 146, 159
intermédiaire · 43, 48, 49, 50, 52, 76, 81, 104, 125, 130, 149
médiateur · 65, 75
responsable de l'information médicale (DIM) · 70, 148, 149
traitant · 14, 35, 36, 67, 75, 76, 127, 140, 141, 143
Mémoire du défunt · 9, 19, 113, 118
Message électronique · 9, 53, 66, 76, 126
Mineur · 14, 43, 80, 81, 82, 83, 89, 91, 99, 118, 119, 126, 162
Mineur émancipé · 81
Modalités de communication · 44, 49, 80, 99, 148, 155
Modification du contenu du dossier · 15, 16, 70
Mot de passe · 69
Motif de la demande · 112, 113
Motif légitime · 129, 130

N

Notaire · 114, 115
Notes personnelles · 15

O

Opposition du patient à la communication · 13, 59, 60, 66, 82, 85, 113
Ordonnances · 11, 35, 148
Ordre des médecins · 127, 130, 131

P

PACS · 48, 80, 112, 113, 117, 143
Parcours · 5, 10, 59, 61, 70
Patient
agressif · 107
décédé · 5, 9, 13, 36, 42, 44, 55, 65, 74, 76, 84, 92, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 142, 144
démuni · 54
détenu · 125, 126
hors d'état d'exprimer sa volonté · 60, 75, 84, 92, 95
résidant à l'étranger · 55
Pensions civiles et militaires · 148, 151
Perquisition · 130, 131, 133
Personne à prévenir · 12
Personne de confiance · 12, 14, 64, 75, 85, 92, 93, 121
Personnels · 32, 57, 149
Personnes hospitalisées sans leur consentement · 13, 23, 44, 49, 52, 104, 105, 106, 110, 126
Perte du dossier · 19, 68, 166, 167, 168
Photocopie du dossier · 26, 34, 35, 49, 50, 52, 53, 58, 68, 77, 141
Photographies · 14, 28, 98, 117
PMSI · 8, 146, 148, 152
Pratique exigible prioritaire · 26
Prescriptions · 11, 18, 27, 35, 62, 151, 155
Principe du contradictoire · 134
Procédure d'assistance éducative · 80
Proches · 9, 14, 38, 84, 85, 113, 120, 134
Professionnels de santé · 14, 18, 28, 32, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 69, 71, 72, 106
Professionnels paramédicaux · 18, 29
Propriété du dossier · 16, 19
Protection de la vie privée · 8, 30, 32, 68, 107, 112, 125
Protection de l'enfance · 29, 31, 32, 83
Protocole de recherche · 160
Psychiatrie · 104
juge des libertés et de la détention · 106, 107, 110
Psychologues · 18, 61
Pupille, mineur adopté · 83

R

rapport d'expertise · 29
Recherche de paternité · 91
Recommandations de bonne pratique · 6, 15
Recours contentieux · 170

Recours gracieux · 162
Refus de communication · 45, 53, 82, 119, 169, 171
Registre
 des contentions · 106
 des décès · 36
 des entrées et des sorties · 9
 des essais cliniques · 160
 des urgences · 9
Réparation
 de préjudice corporel · 134
Réparation de préjudice corporel · 166
Reproduction des documents · 9, 44, 45, 49, 53, 54
Réquisition · 37, 127, 129, 131
Résultats d'examens biologiques · 28, 30
Retard de communication · 52, 54, 120, 166
Réunion de concertation pluridisciplinaire · 12
Revue de mortalité et de morbidité · 29

S

Saisie · 130
Sauvegarde de justice · 29, 80, 84
Scellés · 131
Secret
 collectif · 59, 62, 63, 68
 en matière commerciale et industrielle · 29
 partagé · 59
 professionnel et médical · 5, 8, 9, 12, 32, 36, 61, 66, 67, 69,
 81, 97, 112, 113, 125, 127, 130, 131, 135, 137, 140, 142,
 149, 159

Sécurité sociale · 62, 155
Signalement de maltraitance · 29, 32
Soins à l'insu des parents · 81
Sortie du patient · 35, 76
Support
 d'information · 5
 numérique · 30

T

Télécopie · 76, 169
Tenue du dossier · 5, 18, 20
Titulaire de l'autorité parentale · 48, 80, 119
Transfert du patient · 127
Transmission des dossiers au sein de l'AP-HP · 68
Tri du dossier · 113
Tuteur · 35, 48, 83, 84, 105

U

Urgences · 9, 10, 31

V

Vigilances sanitaires · 12
Voies de recours · 45, 169

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Retrouvez-nous sur aphp.fr

