



LES GUIDES
DE L'AP-HP



VISITER UN PATIENT

RÈGLES

ET RECOMMANDATIONS

SEPTEMBRE

2025

SOMMAIRE >>

AVANT-PROPOS	3
1 Ce que disent les textes.....	5
2 L'organisation de la visite	9
3 Les restrictions au droit de visite	18
4 Lorsque le patient ne veut pas recevoir de visite	24
5 La visite de l'enfant hospitalisé.....	26
6 La visite du patient hospitalisé en unité de soins de longue durée (USLD).....	31
7 La visite d'un patient privé de liberté	33
8 La visite des bénévoles et d'autres tiers	37
9 La visite et la prévention des risques	43
10 Visiteurs et accompagnants	49
Annexe	52

AVANT-PROPOS

La crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19 a mis en évidence comme jamais auparavant l'importance des visites dans la vie hospitalière.

Non pas que cette question était jusqu'alors ignorée, mais il semblait aller de soi depuis la mise en œuvre des politiques d'humanisation des hôpitaux, il y a plus d'un demi-siècle, que l'hôpital était devenu un lieu ouvert aux familles et aux proches : progressivement s'étaient réduites les nombreuses restrictions aux visites qui étaient antérieurement l'ordinaire de la vie hospitalière.

L'épidémie a souligné la nécessité des visites, mais aussi celle de les organiser de telle sorte que soient conciliés le maintien des relations familiales et amicales, la protection contre l'infection et le respect des volontés exprimées par les patients.

Les visites permettent aux patients de recevoir le soutien de leurs proches dans les moments souvent difficiles de l'hospitalisation. Elles permettent de briser leur solitude, que ne peuvent jamais complètement pallier la présence attentive et la sollicitude des équipes hospitalières. Les visites sont nécessaires pour réduire l'anxiété des proches séparés du patient pour des soins parfois lourds, et qui souhaitent se rendre compte par eux-mêmes de l'évolution de son état de santé et lui apporter du réconfort.

Le proche entourage du patient peut apporter lors des visites des indications qui peuvent être utiles pour sa prise en charge. Les visites préparent par ailleurs le retour au domicile ou le départ du patient vers une autre institution. Dans l'hypothèse où le patient finit ses jours à l'hôpital, elles permettent aux familles de l'accompagner et d'être présentes lors du dernier adieu, le moment venu.

L'hôpital doit, pour toutes ces raisons, faciliter les visites.

Il doit tout autant s'assurer qu'elles s'effectuent dans le strict respect des souhaits du patient ou de son représentant légal, en le protégeant des visiteurs non désirés et en prévenant toute circonstance nuisible à sa tranquillité, à son repos et aussi à la bonne réalisation des soins.

Enfin, la visite à l'hôpital ne se limite pas à celle du proche entourage.

Des bénévoles, le médecin traitant, un aumônier, d'autres tiers dont la rencontre est nécessaire pendant le séjour hospitalier peuvent en effet avoir accès à la chambre du patient si tel est son souhait.

Ces visites-là doivent également être facilitées : elles contribuent à réduire la rupture du patient avec la vie extra- hospitalière.

La loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024 a consacré des obligations sur cette question. Elle a prévu que « les patients ont le droit de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix » et que « Le directeur veille à la mise en œuvre de ce droit et définit les horaires et les modalités des visites ».

Sur le fondement de ces dispositions nouvelles, la question des visites doit donner lieu à une discussion au sein des équipes hospitalières, en associant étroitement les représentants des usagers. Le présent guide a été établi à leur attention pour exposer les règles et des recommandations applicables en la matière : celles-ci visent à concilier le droit légitime des patients et de leurs proches avec les contraintes médicales et de sécurité des soins, qui dans telles ou telles circonstances viendront s'imposer.

Points essentiels

1. Les patients hospitalisés peuvent recevoir chaque jour les visiteurs de leur choix dans leur chambre. Les visiteurs ne peuvent être tenus d'informer au préalable l'hôpital ou le service de leur venue, sauf si le patient en a fait la demande auprès de l'établissement ou du service. Lorsque son consentement ne peut être exprimé, le patient en fin de vie ou dont l'état requiert des soins palliatifs doit pouvoir bénéficier d'une visite quotidienne, d'un membre de sa famille ou de son entourage et de sa personne de confiance.
2. L'organisation de la visite des patients à l'hôpital est encadrée par le règlement intérieur et par les règles que fixent dans ce cadre les services de soins en fonction de leurs spécificités. Cette organisation doit être établie en lien étroit avec les équipes hospitalières et les représentants des usagers et des familles et adaptée aux situations particulières. Les visites à l'extérieur de la chambre sont préférables, notamment lorsque le patient partage sa chambre avec un autre patient, et lorsque l'état du patient le permet.
3. Le livret d'accueil remis selon la réglementation à chaque patient hospitalisé doit mentionner les moyens permettant à la personne hospitalisée et à son entourage de connaître les conditions de visite.
4. Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services.
5. Le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à une visite que si elle constitue une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ou si le médecin responsable de la prise en charge du patient ou, à défaut, tout autre professionnel de santé estime qu'elle constitue un risque pour la santé de la personne hospitalisée, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent. Dans ce cas, la décision doit être motivée et notifiée sans délai au patient et à la personne sollicitant la visite (art. L. 1112-2-1, CSP). Ces dispositions s'appliquent aux visiteurs majeurs et mineurs.
6. Les journalistes, photographes et agents commerciaux n'ont pas accès aux malades, sauf accord exprès de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur ou son représentant.
7. Les patients peuvent demander aux cadres du service de faire en sorte de ne pas être visités soit de manière générale, soit par telles ou telles personnes ou à tels ou tels moments.
8. Les visiteurs ne doivent pas introduire dans l'établissement de denrées incompatibles avec le régime alimentaire du patient, de boissons alcoolisées ou de médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.
9. Les patients hospitalisés peuvent recevoir la visite du ministre du culte de leur choix.
10. Lorsque le patient est en fin de vie, ses proches doivent pouvoir rester auprès de lui, après son transport dans une chambre individuelle si besoin, et l'assister dans ses derniers instants. Ils doivent pouvoir être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

1 Ce que disent les textes

Des textes de nature et de portée différentes mentionnent le droit de visite des patients hospitalisés et les modalités de sa mise en œuvre.

Convention européenne des droits de l'homme

Le droit de visite relève d'un principe général, affirmé par la Convention européenne des droits de l'homme, celui du droit de toute personne au respect de sa vie privée et familiale (art. 8). Les juridictions y font le plus souvent référence, en cas de litige relatif aux visites.

Ce principe qui induit le droit au maintien des liens familiaux imprègne de nombreux textes : la Charte des droits et libertés de la personne accueillie¹, applicable aux structures sociales et médico-sociales et donc aux EHPAD, et qui peut être retenue comme référence dans les unités de soins de longue durée (USLD), prévoit ainsi que :

« Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée. »

Code de la santé publique

Le droit de visite est désormais clairement mentionné dans le code de la santé publique¹.

Il y est précisé que :

« Les établissements de santé garantissent le droit des personnes qu'ils accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. Sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à une information préalable de l'établissement.

Le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à une visite que si elle constitue une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ou si le médecin responsable de la prise en charge du patient ou, à défaut, tout autre professionnel de santé estime qu'elle constitue un risque pour la santé de la personne hospitalisée, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent. Une telle décision, motivée, est notifiée sans délai au patient et à la personne sollicitant la visite » (art. L. 1112-2-1, CSP).

« Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peut être décidée par le directeur. Les journalistes, photographes et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur.

Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux » (art. R. 1112-47, CSP),

« Dans ces établissements, la personne en fin de vie ou dont l'état requiert des soins palliatifs ne peut se voir refuser une visite quotidienne de toute personne de son choix ni, lorsque son consentement ne peut pas être exprimé, de tout membre de sa famille ou de son entourage ainsi que, le cas échéant, de la personne de confiance qu'elle a désignée. Les établissements définissent les conditions qui

¹ Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (art. 11)

permettent d'assurer ces visites et garantissent le respect des consignes permettant de protéger la santé du patient ou du résident et de ses visiteurs » (art L. 1112-4, CSP)

Il est également prévu :

« Les visiteurs [...] ne doivent pas introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments » (art. R. 1112-48, CSP).

Le code de la santé publique dispose par ailleurs que le patient hospitalisé peut recevoir la visite du ministre du culte de son choix, sur demande adressée à la direction de l'hôpital (art. R. 1112-46, CSP).

Le livret d'accueil remis selon la réglementation à chaque patient hospitalisé doit mentionner les moyens permettant à la personne hospitalisée et à son entourage de connaître les horaires de visite².

Enfin, lorsque le patient est en fin de vie, ses proches doivent pouvoir rester auprès de lui, après son transport dans une chambre individuelle si besoin, et l'assister dans ses derniers instants. Ils doivent pouvoir être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent³.

Parallèlement à son droit à recevoir des visites, le patient est libre de sortir à tout moment de l'établissement, notamment dans le cadre de permissions de sortie d'une durée maximale de 48 heures (art. R. 1112-56, CSP). Ceci sauf dans certains cas : patient mineur, patient soigné sans son consentement pour des soins psychiatriques, notamment.

Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Ce droit de visite est clairement mentionné pour les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou pour les établissements et les services qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques. Ces personnes peuvent recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. *« Sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à l'information préalable de l'établissement » (art. L. 311-5-2 al. 1, CASF).*

Il y est précisé que :

« Le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à une visite que si elle constitue une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ou si le médecin coordonnateur ou, à défaut, tout autre professionnel de santé consulté par le directeur de l'établissement estime qu'elle constitue une menace pour la santé du résident, pour celle des autres résidents ou pour celle des personnes qui y travaillent. Une telle décision, motivée, est notifiée sans délai à la personne sollicitant la visite et au résident » (art. L. 311-5-2 al.2, CASF).

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement » (art. L. 311-3, CASF).

« Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. Ce règlement

² Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

³ Art. R. 1112-68, CSP

détermine les modalités de respect du droit prévu au premier alinéa de l'article L. 311-5-2 » (art. L. 311-7, CASF).

Haute Autorité de santé

Les allées et venues liées aux visites, le droit d'accès aux unités de soins et, pour le patient, celui de rencontrer ses proches au sein de l'hôpital renvoient à un autre droit, qui est aussi une liberté protégée par la Constitution⁴: le droit d'aller et venir.

Les recommandations de l'ANAES (devenue HAS) sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux soulignent que :

« *L'établissement d'accueil doit favoriser l'exercice d'une vie personnelle : visites, maintien des liens familiaux, personnels, affectifs et sociaux* »⁵.

Dans son Manuel de certification des établissements de santé, la Haute autorité de santé consacre un critère à la question des visites⁶ : « *La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite* ».

Face à des situations difficiles, la présence des proches auprès du patient hospitalisé peut être rassurante pour améliorer le vécu de sa maladie et de son hospitalisation.

Les situations difficiles doivent être identifiées par les professionnels et des réponses adaptées et personnalisées doivent être proposées en accord avec le patient.

Dans le cas de la prise en charge d'un enfant, à l'exception de restrictions liées à son état clinique, des solutions sont proposées aux parents au sein ou à proximité de l'établissement pour favoriser leur présence à son chevet. L'établissement favorise leur présence 24 heures sur 24, qui rassure l'enfant et les parents. Elle favorise l'implication de ces derniers dans la prise en charge. Le partage de leur connaissance de l'enfant avec l'équipe soignante permet une meilleure adaptation de la prise en charge.

HAS, Certification des établissements de santé pour la qualité des soins – Version 2025

Critère 1.3-11 L'engagement du patient dans son projet de soins

Éléments d'évaluation

Professionnels

- En accord avec le patient, dans les situations cliniques difficiles, la présence de ses proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite.

⁴ La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnelle (C. const 12 juillet 1979)

⁵ ANAES, Conférence de consensus relative à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité, novembre 2004

⁶ HAS, Manuel de certification des établissements de santé (version 2025) : critère 1.3-11

Charte de la personne hospitalisée

Elle affirme le droit pour les patients hospitalisés de recevoir des visites, dans leur chambre :

« La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix ».

Le règlement intérieur de l'AP-HP

Appuyé sur le corpus légal et réglementaire, les modalités du droit de visite sont précisées au sein de l'AP-HP par plusieurs dispositions de son règlement intérieur :

« Les patients ont le droit de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. Le directeur veille à la mise en œuvre de ce droit et définit les horaires et les modalités des visites. Sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à une information préalable du groupe hospitalo-universitaire.

Le droit aux visites peut être restreint :

- *pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée sont prises sur décision du médecin responsable de la prise en charge du patient, ou à défaut, par toute autre professionnel de santé qui estime qu'une visite constituerait un risque pour la santé de la personne hospitalisée, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent ; ces dispositions s'appliquent aux visiteurs majeurs et mineurs ;*
- *pour les patients placés sous surveillance de la police ;*
- *en cas de menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement » (art. 153).*

« Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement des hôpitaux. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer (...).

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des patients des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et dans tous les cas des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur ». (art. 154)

« Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du groupe hospitalo-universitaire, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter le groupe hospitalo-universitaire. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du groupe hospitalo-universitaire. En cas d'infection, il est fait appel à un agent de la force publique ou à un agent assermenté » (art. 35).

2 L'organisation de la visite

En prévoyant que « *Les patients ont le droit de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix* », le législateur a récemment consacré le droit de visite comme un véritable droit du patient.

Il a donné pour obligation au directeur de l'établissement de veiller à la mise en œuvre de ce droit. Il lui revient ainsi de définir les horaires et les modalités des visites.

Une grande liberté est laissée aux membres de l'entourage du patient pour décider du moment de leur visite. La loi prévoit ainsi que sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à une information préalable de l'établissement⁷.

L'exercice du droit de visite résulte ainsi principalement des volontés croisées du patient et du visiteur.

Permettre la bonne organisation des visites

A l'hôpital, une bonne organisation des visites est une nécessité. Elle doit permettre d'articuler cet aspect important de la vie quotidienne de l'hôpital et du patient avec l'organisation des soins et de l'accueil (stationnement, accès, signalétique et déambulations, tranquillité, etc.).

Elle fait partie des questions (« affaires de l'établissement ») que le directeur peut si besoin être amené à régler directement, sous réserve d'une concertation préalable avec le directoire et de la consultation des instances de l'établissement s'agissant de dispositions qui ont vocation à figurer au règlement intérieur⁸.

L'organisation générale des visites relève, en effet, du pouvoir de police générale du directeur dans l'établissement⁹, appelé à s'exercer plus particulièrement dans le cas où des visites pourraient perturber le bon fonctionnement du service, l'ordre public, la sécurité des patients ou encore celle du personnel. Si nécessaire, mais dans le strict respect des dispositions légales et réglementaires qui établissent le « droit de visite », le directeur peut limiter, voire dans des cas exceptionnels, interdire des visites ou les soumettre à des conditions d'horaires, de fréquence, d'hygiène, de comportement ou autres.

Cette prérogative du directeur s'exerce en associant étroitement les responsables des structures médicales (départements médico-universitaires, services, unités fonctionnelles) ainsi que les représentants des usagers, afin d'en définir les modalités concrètes.

Dans le cadre général établi pour l'établissement, il revient au chef de service de fixer pour son service les horaires de visite, qui n'excluent pas des aménagements, de la souplesse, et le cas échéant des autorisations en dehors des horaires ordinaires. Les cadres de service, puis les chargés de relations avec les usagers et les associations (CRUA) sont a priori disponibles si besoin pour régler avec les équipes soignantes des situations spécifiques ; et le directeur peut être amené à intervenir pour la mise en place de ce régime particulier en cas de difficulté.

En pratique, l'organisation matérielle des visites relève des cadres de santé et le cas échéant des cadres administratifs des structures médicales dans leurs rôles respectifs « *de coordination et de suivi*

⁷ Art. L. 1112-2-1, CSP

⁸ Art. L. 6143-7 et R. 1112-77, CSP. Le régime général des visites au sein de l'AP-HP est fixé par son règlement intérieur, établi par le directeur après concertation avec le directoire, et élaboré après une consultation du conseil de surveillance, de la CME, du CHSCT central et du CTEC, la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques étant informée

⁹ TA Versailles, 6e ch., 25 janv. 2012, n° 0908664 0908667 1000323, comm. Thierry Verheyde, « Interdictions illégales de droit de visite par sa fille d'un majeur hospitalisé dans un établissement de santé », *AJ Famille* 2012, p. 283

de la prise en charge des prestations », ainsi que « d'élaboration et de mise en place de l'organisation des services »¹⁰ et « d'organisation et de mise en œuvre de processus, procédures, protocoles, consignes »¹¹.

Le rôle de régulation des visites par les cadres de santé apparaît implicitement dans les textes lorsque ceux-ci indiquent que « *Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux* » (art. R. 1112-47, CSP).

Sur les sites hospitaliers, la commission des usagers (CDU) doit être consultée sur les règles générales applicables. A l'échelon du service de soins, l'avis des représentants des usagers et des associations de patients doit être également recherché autant que possible.

Préparer la visite

Conformément aux dispositions réglementaires, les modalités des visites doivent être mentionnées dans le livret d'accueil de l'établissement. Elles doivent l'être également sur le site internet de l'hôpital.

Elles doivent être par ailleurs portées à la connaissance des visiteurs par voie d'affichage dans les zones d'accès à l'hôpital, ainsi qu'à l'entrée des unités de soins et des chambres : horaires, durée, restrictions spécifiques, précautions nécessaires au repos des patients, invitation à se renseigner auprès du personnel infirmier si besoin.

Les modalités d'organisation des visites sont susceptibles de varier selon les services. Elles doivent être le cas échéant expliquées individuellement aux visiteurs. Un bon usage, mais qui ne constitue pas une obligation, consiste en ce que les visiteurs se présentent aux personnels paramédicaux à leur arrivée dans l'unité de soins, en premier lieu pour se faire connaître et s'assurer que la visite peut s'effectuer de façon appropriée au regard de l'état de santé du malade, de la programmation des soins et des examens et plus généralement de l'opportunité de la visite à ce moment donné. L'équipe soignante précisera si besoin la durée souhaitable ou maximale de la visite. Elle indique si des soins ou une autre visite sont en cours et si le patient est en mesure de recevoir des visiteurs dans l'immédiat.

Dans certains cas, la visite peut être organisée sur rendez-vous téléphonique.

Si besoin, l'équipe se fait préciser l'identité du ou des visiteurs. Ceci concerne tout particulièrement les visites aux mineurs hospitalisés et aux patients vulnérables.

Il est recommandé de limiter le nombre de visiteurs reçus simultanément, avec cependant toute la souplesse requise : deux visiteurs simultanés seraient un nombre raisonnable (v. infra, 9).

Les horaires

De larges plages horaires de visites facilitent la venue des visiteurs, s'adaptent davantage à leurs disponibilités et à leurs horaires de travail ; pour les patients les plus graves, elles contribuent à une plus grande proximité de l'entourage avec l'équipe soignante, à une meilleure communication et in fine à réduire l'anxiété ou l'ennui qui peut accompagner le séjour à l'hôpital.

La détermination des horaires peut être différente selon les unités de soins en raison de la nature de leur activité médicale de l'unité et de leurs contraintes. Un usage fréquent est de privilégier les visites

¹⁰ Ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie dans la fonction publique hospitalière : « Cadre soignant de pôle »

¹¹ Ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie dans la fonction publique hospitalière : « Cadre administratif de pôle »

l'après-midi (13-19 h.), la matinée étant davantage réservée aux soins les plus actifs et à la « visite médicale ».

Mais des organisations plus souples et des horaires plus étendus peuvent être mis en place, soit de façon générale, soit dans des situations particulières. Un visiteur aidant peut ainsi avoir accès au patient le matin afin d'assister l'infirmière ou l'aide-soignante dans ses soins, notamment en gériatrie et en pédiatrie. Et certaines prises en charge justifient des horaires très ouverts, le cas échéant 24 h. sur 24, notamment en réanimation (v. infra). La programmation fréquente d'examens médico-techniques ou fonctionnels l'après-midi a forcément un impact sur les possibilités d'accès aux patients. Là également, toutes indications seront données aux familles, dans la mesure du possible.

D'une manière générale, si des plages horaires de visites peuvent être admises en soirée avancée, en considération des contraintes d'organisation propres aux visiteurs, elles doivent être évitées autant que possible pour préserver la tranquillité des services et la quiétude des patients au début de la nuit et pour limiter les difficultés de sécurité anti-malveillance.

De telles plages horaires doivent être autorisées sans réserve dans des situations exceptionnelles, notamment en fin de vie (v. infra).

Le déroulement de la visite

Les visites ont lieu en principe dans la chambre du patient hospitalisé. C'est d'ailleurs ainsi que les prévoit la Charte de la personne hospitalisée.

La chambre est à l'évidence le lieu d'intimité protégé¹², et privilégié, dans lequel il doit être permis au patient hospitalisé de rencontrer les siens et ainsi de mener une vie privée et familiale normale¹³. L'arrêté du 26 décembre 1999 applicable aux unités de soins de longue durée (USLD, v. infra) mentionne en ce sens la notion d'un « chez soi ».

Ceci n'exclut nullement l'organisation de la visite dans un autre lieu de l'établissement, le cas échéant en extérieur¹⁴ : si l'état de santé du patient et sa capacité à se déplacer le permettent, la visite peut aussi bien avoir lieu dans un local spécifiquement aménagé du service¹⁵ ou dans un autre espace interne de l'hôpital (cafétéria, hall d'accueil, etc.), voire en extérieur, lorsque l'aménagement de l'hôpital s'y prête : existence d'un jardin, d'un emplacement protégé.

Les considérations de protection des risques infectieux et de tranquillité des autres patients, lorsque la chambre est partagée, doivent faire privilégier le déroulement des visites hors des chambres, mais sans ne rien imposer et pour les seuls patients en mesure de s'y prêter.

L'équipe soignante peut demander aux visiteurs de sortir de la chambre lors d'un soin. Le règlement intérieur de l'AP-HP mentionne en ce sens que les visiteurs « *peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients* » (art. 154).

¹² V. la décision très souvent citée de la Cour d'appel de Paris du 17 mars 1986 attribuant à la chambre de l'hospitalisé les caractères d'un domicile ; Cour d'appel de Paris, 17 mars 1986, *Assistance publique de Paris / X. et autres*

¹³ Il peut ainsi « recevoir » dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées (Charte du patient hospitalisé, IX)

¹⁴ V. notamment ANESM, 2011, Qualité de vie en EHPAD (volet 2). 96% des résidents qui reçoivent des visites de leurs proches les accueillent prioritairement dans leur chambre ou dans leur logement. Toutefois, un quart des résidents reçoivent également leurs proches dans un lieu commun (salle à manger, salon, bibliothèque, jardin, etc.), cette pratique étant plus fréquente lorsque le résident est en chambre double [Drees, 2007]

¹⁵ Ainsi, pendant l'épidémie de covid-19, devait être prévu un « espace dédié aménagé pour garantir le respect des gestes barrières » (in

« *Renforcement des consignes relatives aux visites et aux mesures de protection dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et les USLD* », Ministère des solidarités et de la santé, 30 novembre 2020)

L'équipe soignante doit être autant que possible informée des déplacements du patient avec ses visiteurs au sein de l'hôpital et fixe avec eux le créneau horaire durant lequel le patient est « médicalement » autorisé à déambuler en dehors de la chambre. Elle doit être avertie de l'intention du patient de se rendre à la cafétéria. Cette information est le cas échéant tracée, ce qui permet de renseigner d'autres visiteurs et le cas échéant d'éviter de contrarier le déroulement des soins et des repas.

Les visites doivent s'effectuer en principe hors la présence des soignants. Cette garantie d'intimité a été malmenée durant la récente crise sanitaire, lorsque la présence de professionnels était imposée lors des visites, notamment dans les établissements et unités pour personnes âgées¹⁶, afin de s'assurer du respect des gestes barrières. Cette présence doit être justifiée par des circonstances exceptionnelles.

Sauf cas particulier, les visites ne nécessitent pas d'être tracées au dossier médical. Si tel est néanmoins le cas, ces indications sont soumises aux règles ordinaires d'accès au dossier médical : elles ne pourront pas être sollicitées pour être utilisées dans un conflit familial, notamment pour témoigner de l'intérêt supposé porté par tel ou tel visiteur au patient hospitalisé. S'impose ici la règle que ne sont pas communicables les informations concernant un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique¹⁷.

Les personnels doivent veiller à ne pas se trouver « instrumentalisés » dans des conflits intrafamiliaux et conserver une stricte neutralité lorsque transparaissent des litiges entre visiteurs. Les volontés du patient hospitalisé doivent prévaloir dans le déroulement des visites.

En revanche, la venue d'un visiteur peut être une circonstance propice à la désignation d'une personne à prévenir, ou d'une personne de confiance, si ces désignations n'ont pas été effectuées antérieurement.

Le visiteur peut être utile dans le cas d'un patient non francophone pour permettre à défaut d'interprète de faciliter le dialogue entre le patient et l'équipe soignante.

La visite et l'information médicale

La visite, moment de rencontre du patient avec un visiteur, est distincte du rendez-vous demandé à un médecin de l'équipe pour s'informer de l'état de santé du patient.

Mais le visiteur souhaite souvent profiter de son déplacement à l'hôpital pour à la fois visiter le patient et rencontrer le médecin.

L'interne peut être immédiatement mobilisé pour donner les informations médicales courantes, lorsque la situation ne présente pas de complexité. A l'inverse, c'est sur rendez-vous avec le chef de clinique ou un praticien senior du service que doivent être délivrées les informations essentielles sur l'état du patient.

L'équipe précise les modalités de délivrance de l'information sur l'état de santé du patient en distinguant, selon le statut de parenté ou de proximité du visiteur, les indications pouvant être ou non données. Doit être précisé si besoin dans quelles conditions le visiteur, membre du proche entourage, pourra prendre rendez-vous avec le médecin en charge du patient ; ceci étant entendu que les visiteurs n'ont pas accès aux informations médicales relatives au patient, sauf si celui-ci en a donné son accord exprès, et qu'ils doivent à défaut s'abstenir de toute indiscretion ou capture d'informations

¹⁶ M. Rebourg, S. Renard, « Le droit aux relations personnelles des résidents d'EHPAD dans le contexte du covid-19 », La Semaine juridique, n° 25, 22 juin 2020, p. 749

¹⁷ Art. L. 1111-7, CSP

à l'insu du patient et de l'équipe soignante (sur ce point, v. art 151bis du règlement intérieur de l'AP-HP¹⁸).

Les personnels doivent faire en sorte que les informations médicales ne puissent être divulguées auprès de l'entourage en permettant l'accessibilité directe par les visiteurs : dossier médical sur support papier laissé à portée des visiteurs dans la chambre ou les couloirs, dossier informatisé demeuré ouvert, etc.

Un principe essentiel est que le patient a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant et que ceci s'applique à tous les tiers, et donc aux visiteurs, y compris du plus proche entourage, sauf volonté contraire exprimée par le patient (art. L. 1110-4, CSP). Point important : les informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique (autre visiteur, autre personne de l'entourage) ou concernant un tel tiers ne doivent pas être divulguées (art. L. 1111-7, CSP).

La loi admet cependant une exception :

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance (...) reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part ». Mais « seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations » (même article).

La plus grande prudence est donc requise.

Pour le reste, la délivrance de l'information est partagée lors de la venue des visiteurs entre les différentes catégories de professionnels en charge du patient et en fonction de leurs compétences.

Le code de la santé publique prévoit que : *« Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles »* (art. R. 1112-44),

S'agissant des informations qui ne relèvent pas d'un médecin, il convient de se référer au champ de compétences défini pour les infirmiers, là également par le code de la santé publique (les dispositions qui suivent concernent cependant l'information délivrée aux patients eux-mêmes).

« L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles. Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles. Elle incombe à l'infirmier dans le cadre de ses compétences (...). Dans le cas où une demande d'information dépasse son champ de compétences, l'infirmier invite le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement compétent » (art. R. 4312-13).

L'aide-soignant est souvent aussi un interlocuteur direct des visiteurs au sein de l'unité.

Il convient de se référer aux dispositions de l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au référentiel de formation figurant à son annexe 1.

¹⁸ Art. 151bis du règlement intérieur « Respect de la vie privée : droits de la personnalité »

« Les personnels, patients, visiteurs et autres tiers (prestataires, associations, journalistes, photographes,...) ne peuvent se livrer, dès lors qu'elle permet l'identification de personnes, à la captation d'attributs de leur personnalité, et notamment de leur image ou leur voix, sans l'autorisation expresse des intéressés ou celle de leur représentant légal. Les images et les voix sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur captation, à leur enregistrement ou à leur transmission. L'Assistance publique - hôpitaux de Paris ne saurait en aucune manière être appelée en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation ».

Les compétences de l'aide-soignant qui y sont mentionnées (Module 5. « Relation – Communication ») comprennent celle d'établir une communication adaptée à la personne « et à son entourage ». Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, il est attendu de l'aide-soignant qu'il :

- écoute la personne « et son entourage »,
- prenne en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement,
- explique si besoin le soin réalisé, les raisons d'un geste professionnel,
- apporte des conseils sur les actes de la vie courante,
- prenne en charge les personnes décédées et apporte alors soutien à la famille « et à l'entourage ».

L'aide-soignant doit s'assurer que l'information donnée est comprise par la personne « et par son entourage ».

En service de réanimation¹⁹

L'intégration des proches dans la prise en charge du patient présente un intérêt particulier dans les services de réanimation.

Au sein de ces services, les proches ne sont pas de « simples » visiteurs. Le patient doit trouver souvent en leur présence une source de sécurité, de présence corporelle et de réassurance essentielle. L'expérience traumatisante que représente un séjour en réanimation est alors partagée avec la famille, ce qui aide le patient à mieux supporter la suite du séjour²⁰.

La famille est par ailleurs un interlocuteur souvent déterminant lorsque le patient n'est pas en mesure de recevoir l'information et de consentir pour lui-même. La compréhension des informations est alors essentielle pour que la famille puisse nourrir des espoirs adaptés, interagir avec l'équipe soignante et témoigner des volontés du malade²¹. Les équipes de réanimation doivent demander à la famille de s'organiser afin que les plus proches puissent réceptionner l'information et la faire circuler dans la cellule familiale élargie, chacun ayant la part d'information adaptée à sa proximité avec le patient et aux souhaits éventuels de ce dernier que tout ou une partie de ses informations soit cachée à certains. Les parents au premier degré et la personne de confiance doivent être privilégiés.

La visite constitue souvent aussi pour les visiteurs, eux-mêmes confrontés à la situation d'un proche en détresse vitale, un moment nécessaire, compte tenu de leur risque de développer des symptômes d'anxiété, de stress, voire des pathologies psychiatriques à part entière pour les plus fragiles²². En réanimation plus qu'ailleurs, soigner un patient, c'est aussi prendre soin de sa famille²³. La visite peut également permettre de démystifier ce qui se passe derrière la porte de la chambre.

La littérature médicale indique qu'un accès 24 h. sur 24 avec des modalités adaptées en fonction de l'état du patient et de ses souhaits, en tenant compte des besoins de la famille et des impératifs de soin a des effets bénéfiques pour les malades, les familles et les soignants. Dans ce temps qui est distinct de celui de l'information, la famille doit pouvoir se rendre auprès de son proche tout le temps que cela est possible (il faut poser comme principe que pendant la toilette ou soins particuliers, seule

¹⁹ J. Durand-Gasselín, « Quelle place pour les familles en réanimation ? », *Réanimation* (2010) 19, 258-264 ; O. Smida, E. Merino, N. Lefrant,

L. Ruimi, M. Chaize, N. Kentish-Barnes, E. Azoulay, « Parler aux familles des patients de réanimation : ce que les infirmiers ont à dire », *Le Congrès Infirmier. Infirmier(e)s de réanimation*, SFAR, 2012

²⁰ SFAR, 6ème conférence de consensus SRLF-SFAR, 2009

²¹ E. Azoulay, « Donner du pouvoir aux familles des patients de réanimation », *Laennec* 2009/4 (tome 57), p. 35-46

²² La littérature évoque le risque de syndrome de stress post-traumatique (ESPT) pouvant être défini comme « l'ensemble des conséquences psychopathologiques de l'exposition à un ou plusieurs événements entraînant une menace réelle ou perçue par un sujet pour sa propre vie ou son intégrité physique ou pour celles d'une personne proche, physiquement ou sentimentalement »

²³ J. Durand-Gasselín, « Quelle place pour les familles en réanimation ? », *Réanimation* (2010) 19, 258-264

la famille proche peut rester. Il en est de même en cas de chambre à plusieurs lits où l'on se doit de préserver l'intimité des patients). Cet accès requiert une organisation du service, notamment au plan paramédical : les infirmières souhaitent généralement que les familles soient informées de l'état de santé du patient avant qu'elles ne pénètrent dans la chambre.

L'accès de visiteurs mineurs dans les unités de réanimation adultes fait souvent question. Diverses raisons sont invoquées : le manque de maturité de l'enfant, les risques infectieux, le peu de disponibilité des soignants accaparés par de nombreux soins techniques ou l'impact traumatisant de l'univers de la réanimation.

L'environnement visuel, olfactif et sonore des unités de réanimation peut être perçu comme technique et hostile, les patients pris en charge s'y trouvent dans un état de santé très précaire avec un pronostic vital engagé : la venue d'un enfant que l'on se représente comme vulnérable, innocent, peut susciter des craintes et des réticences. Il paraît pourtant important de pouvoir laisser la possibilité de visite à l'enfant, même jeune, en demeurant toutefois vigilant²⁴. Diverses études ont montré que la visite des enfants pour voir un proche hospitalisé en réanimation est fondamentale et permet de diminuer l'anxiété de l'enfant, le sentiment d'abandon et les angoisses de mort. Cette visite peut lui permettre de partager avec le reste de la famille son propre vécu de la situation et de garder le lien avec son parent hospitalisé. Pouvoir mettre des mots et des images sur la situation peut apaiser les angoisses de l'enfant. Cette visite doit être accompagnée et préparée par l'ensemble de l'équipe avec le cas échéant l'implication d'un psychologue qui pourra préciser le contexte de la demande, ses enjeux psychiques, le fonctionnement familial et préparer l'enfant.

Il est souhaitable que la demande de visite provienne d'abord de l'enfant et non de l'adulte.

Au service des urgences

Comme cela a été indiqué, le code de la santé publique prévoit que « *les établissements de santé garantissent le droit des personnes qu'ils accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix* » (art L. 1112-2-1, CSP). Toutefois, les termes de « recevoir une visite » semblent peu appropriés pour s'appliquer à la situation de prise en charge « diagnostique et thérapeutique » d'une personne en urgence, dans une structure d'accueil provisoire réglementairement destinée à « *assurer l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation* » (article R. 6123-19, CSP).

Il faut donc distinguer ici le statut de « visiteur » du statut d'« accompagnant », ce dernier correspondant davantage à la situation des personnes qui accompagnent les patients pris en charge aux urgences (hors unité d'hospitalisation de courte durée UHCD).

Les conditions de cet accompagnement ont été tout récemment précisées au sein de l'AP-HP par la charte « Place des accompagnants dans les services d'urgences à l'AP-HP », établie en mars 2025 (v. infra le chapitre 10 « Visiteurs et accompagnants »). Cette charte vise à intégrer autant que possible les accompagnants au parcours des patients au sein des services d'urgence.

En situation de fin de vie

La loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024 a précisé que « *la personne en fin de vie ou dont l'état requiert des soins palliatifs ne peut se voir refuser une visite quotidienne de toute personne de son choix ni, lorsque son consentement ne peut pas être exprimé, de tout membre de sa famille ou de son entourage ainsi que, le cas échéant, de la personne de confiance qu'elle a désignée. Les établissements définissent les*

²⁴ V. Longueville, « La visite de l'enfant en réanimation adulte : une visite préparée », Méd. Intensive Réa (2016) 25 :597-603

conditions qui permettent d'assurer ces visites et garantissent le respect des consignes permettant de protéger la santé du patient ou du résident et de ses visiteurs » (art. L. 1112-4, CSP).

Un droit de visite quotidien (qui est un droit d'application générale, v. supra) est ainsi expressément affirmé et garanti aux personnes en situation de fin de vie avec des modalités adaptées en fonction de l'état du patient et de ses souhaits (art. L. 1112-4 al 4, CSP). Dans certains cas, le patient peut ne pas souhaiter recevoir sa famille ou lui préférer un ami. Ses choix doivent être respectés.

L'intégration des proches ici est également primordiale. Les membres de la famille, au même titre que certains proches, sont souvent les dépositaires de la mémoire de la personne en fin de vie et des interlocuteurs privilégiés pour les soignants. Ils ont un rôle important : ils accompagnent, conseillent et réconfortent le patient²⁵.

Si le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, les équipes soignantes doivent demander à la famille de s'organiser afin que les plus proches puissent réceptionner l'information et la faire circuler dans la cellule familiale élargie, chacun ayant la part d'information adaptée à sa proximité avec le patient et aux souhaits éventuels de ce dernier que tout ou partie de ses informations soit caché à certains. La personne de confiance si elle a été désignée et les parents au premier degré doivent être privilégiés.

Le contrôle des visites

L'ouverture des hôpitaux et des unités de soins aux visiteurs extérieurs, sans grandes formalités, est une illustration de l'humanisation des hôpitaux et de leur ouverture sur la ville. Ils ne sont plus aujourd'hui les institutions fermées qu'ils ont longtemps été.

Aller à l'hôpital pour y rendre visite à un patient doit pouvoir se faire avec facilité, sans se voir imposer des formalités dissuasives. Comme indiqué ci-dessus, la loi prévoit notamment que la visite ne puisse être subordonnée à une information préalable de l'établissement : les visiteurs ne sont donc pas tenus à cette information préalable de l'hôpital ou du service sur leur venue, sauf si le patient en a disposé autrement. D'une manière générale, l'établissement doit faire en sorte de favoriser les visites et que le visiteur bénéficie de conditions proches d'une visite à domicile, y compris dans ce lieu de vie collective qu'est un hôpital.

Mais l'hôpital se doit à la fois de protéger le patient contre des visiteurs indésirables ou dont la présence est excessive. Il doit faire en sorte que des personnes auxquels la visite du patient est interdite, soit par le patient lui-même ou ses représentants légaux, soit en raison d'une décision de justice, ne puissent avoir accès à son unité de soins.

Il doit s'assurer également que des « visiteurs » mal intentionnés ne s'introduisent dans les chambres : vols, détérioration, vente de stupéfiants, règlements de comptes, etc. Ceci fait partie des actions de lutte anti- malveillance, faisant intervenir les équipes de sécurité de l'hôpital, en appui des équipes hospitalières, à la suite de leurs signalements et dans la mesure de leurs moyens.

Ce contrôle des visites vise entre autres les journalistes, photographes et commerciaux qui ne doivent pas avoir accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par la direction de l'hôpital (voir infra ; art. R. 1112-47, CSP), ou encore des prestataires (livreurs de pizzas et traiteurs, etc.).

Le règlement intérieur de l'AP-HP, qui indique que « *l'accès dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire est réservé à ses usagers, à leurs accompagnateurs, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions* », ajoute que « *l'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories de personnes ou qui ne se conforme pas aux mesures de sécurité imposées par les*

²⁵ HAS, L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, 2004

mesures de contrôle, est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du groupe hospitalo-universitaire n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie du groupe hospitalo-universitaire » (art. 34).

La disposition prévoyant que « *Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux* » (art. R. 1112-47, CSP) induit à la fois une vigilance et une surveillance de l'encadrement paramédical permettant de prévenir des visites inopportunes, ainsi qu'un contrôle de l'identité et de la justification de la visite pour toute situation induisant un doute.

Cette attention doit être renforcée à l'égard des visiteurs des mineurs hospitalisés et des personnes vulnérables.

Sans procéder à une fouille, il doit être demandé aux visiteurs susceptibles d'apporter au patient des produits interdits de prouver qu'ils n'en sont pas porteurs.

Le stationnement des visiteurs

Autant que possible, les visiteurs doivent pouvoir trouver aisément une place de stationnement à l'hôpital, et ceci tout particulièrement pour les hôpitaux éloignés des transports publics. Faut-il préciser que l'accès des personnes handicapées doit être facilité ? Il ne doit pas être perdu de vue également que les patients âgés ont eux-mêmes souvent des visiteurs âgés.

Un parking ou un système de stationnement organisé favorise la venue des visiteurs.

A défaut de possibilité de mise à disposition gratuite d'un emplacement, toute initiative est utile pour permettre de fournir aux visiteurs, par exemple dans un partenariat avec un opérateur public ou privé, la possibilité de stationner leur véhicule dans des conditions avantageuses.

3 Les restrictions au droit de visite

Les visites peuvent dans certaines circonstances être limitées voire interdites par l'équipe médicale et si besoin par le directeur de l'établissement.

Les restrictions sont généralement un sujet sensible, source d'incompréhensions, de litiges, voire de conflits, aussi bien avec le patient qu'avec son entourage. Elles doivent pour cette raison donner lieu à toutes les explications appropriées.

Les motifs

Les restrictions peuvent résulter de plusieurs facteurs, outre le cas où c'est le patient qui juge lui-même la visite inopportune²⁶.

Il peut s'agir en premier lieu d'un motif médical : la visite peut être différée sur le fondement du nécessaire « repos des malades »²⁷ ou du fait que l'état de santé du patient ou du résident ne la permet pas ou à tout le moins ne s'accorde pas à la bonne mise en œuvre du traitement et à la réalisation des soins²⁸.

Un second motif résulte du comportement du visiteur jugé incompatible avec le bon fonctionnement du service²⁹, notamment en cas d'attitude injurieuse ou violente ou de gêne caractérisée pour les autres patients. Il présente alors un caractère quasi-disciplinaire, avec la particularité de sanctionner directement non pas l'usager seul, mais son proche.

Un troisième motif, purement matériel et qui rejoint le premier, correspond à une demande de visite non recevable, car non conforme aux règles qui encadrent l'accès aux patients : horaires manifestement inappropriés (hors cas de la réanimation ou du patient en fin de vie), impossibilité liée à l'âge du visiteur s'agissant de jeunes enfants³⁰ ou à des précautions de non contagion dans un contexte épidémique, suspension du droit de visite d'un mineur faisant l'objet d'une mesure de placement au titre de l'assistance éducative³¹, etc.

Dans des cas particuliers, le droit de visite peut être limité en application de mesures de justice, notamment en matière familiale ou en matière pénale³².

Les visites peuvent également être suspendues ou encadrées de façon spécifique, comme cela a été le cas en 2020 et 2021, dans des circonstances exceptionnelles d'une épidémie justifiant des mesures de protection rigoureuses et en situation d'état d'urgence sanitaire : l'épidémie de Covid-19 a ainsi rendu nécessaire d'imposer plusieurs confinements successifs de la population et a eu

²⁶ E. Péchillon, « A l'hôpital, peut-on refuser un droit de visite à un proche ? » Santé mentale, n° 202, p. 12-13, novembre 2015

²⁷ Art. R. 1112-47, CSP

²⁸ Conseil d'État, 2 oct. 2017, n° 399753 : il peut être interdit au proche d'un patient hospitalisé sans son consentement de rendre visite à celui-ci au motif, notamment, qu'une telle visite n'est pas compatible avec l'état de santé du patient ou la mise en œuvre de son traitement

²⁹ Art. R. 1112-47, CSP

³⁰ Les jeunes enfants ne sont souvent pas autorisés à visiter des patients, car davantage susceptibles d'être atteints de pathologies contagieuses

³¹ Art. 375-7, c. civil

³² Dijon, ch. civ. A, 14 mars 2002, Juris-Data 2002-183-218 : frères et sœurs qui demandent à exercer un droit de visite

ponctuellement pour conséquence des restrictions très strictes de l'accès aux structures hospitalières³³.

L'expérience de cette période épidémique a montré l'importance que la protection des personnes contre l'infection soit autant que possible conciliée avec le droit de visite, depuis lors affirmé par la loi (v. supra).

L'information nécessaire

Comme cela a été indiqué précédemment, ces restrictions, générales ou individuelles, sont en pratique opposées par l'équipe hospitalière et conjointement par le cadre de santé et le médecin en charge du patient. Dans une situation épidémique, il revient à la direction de fixer le cadre général des restrictions, en procédant aux concertations indispensables, associant les représentants des usagers, et de le faire connaître.

Un examen au cas par cas de chaque situation doit être effectué, dans le cadre général prévu par les consignes établies par l'hôpital.

Les restrictions au droit de visite, lorsqu'elles ont un caractère général, doivent donner lieu aux actions de communication appropriées : affiches, document d'information remis aux familles.

Lorsqu'elles ont un caractère individuel, elles doivent être notifiées par écrit, a fortiori lorsqu'elles présentent un caractère disciplinaire (voir encadré ci-après). Dans ce dernier cas, l'équipe doit avoir recueilli et réuni un ensemble de griefs précis et, sauf cas exceptionnel, répétés.

Toute limitation au droit de visite, dès lors qu'elle ne résulte pas de la volonté du patient lui-même, doit en effet être motivée.

Une décision administrative sur avis médical

Ordinairement, les restrictions ou la suspension des visites procèdent d'une décision médicale, directement notifiée par le praticien et il est rarement fait appel au directeur pour prendre la décision.

Celle-ci constitue cependant une décision administrative de l'établissement, prise en principe sur avis médical, et susceptible d'être contestée devant la juridiction administrative. Elle doit prendre forme écrite, être notifiée en mains propres ou par courrier et être signée par le directeur ou un agent disposant au sein de l'établissement d'une délégation de signature appropriée.

L'information de la direction de l'hôpital (chargé des relations avec les usagers, direction Qualité) est particulièrement recommandée.

Toute limitation au droit de visite doit par ailleurs être proportionnée.

Cette proportionnalité signifie en particulier que la limitation ou l'interdiction des visites doit être limitée dans le temps au strict nécessaire, en fonction de la situation qui l'a justifiée : la décision ne doit pas revêtir un caractère général ni être absolue. La jurisprudence rappelle classiquement qu'avant de pouvoir envisager une interdiction pure et simple du droit de visite, le directeur de l'établissement de santé public doit examiner si une simple limitation de celui-ci ou si son « encadrement » ne seraient pas suffisants. Quels que soient les griefs à l'égard du visiteur, il ne doit pas être perdu de vue que le visiteur perturbateur tient souvent une place importante dans la vie affective

³³ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 modifié, prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire pris en application de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie

du patient. Il ne saurait ainsi être interdit à un conjoint ou à l'enfant d'un patient d'être durablement voire irrévocablement privé d'un droit de visite qui concourt à une vie familiale normale et inversement au patient hospitalisé d'être privé durablement ou indéfiniment de visites, sauf bien entendu s'il en décide ainsi.

Les limitations doivent donc être circonscrites dans le temps, avec une réévaluation régulière de la situation et en promouvant autant que possible le retour au dialogue, le cas échéant dans un processus de médiation, à l'initiative de la famille ou de l'hôpital, faisant intervenir un membre du service ou si besoin un des médiateurs de l'hôpital. Les chargés des relations avec les usagers (CRU) peuvent utilement contribuer à l'information et à la résolution des difficultés.

La mise en œuvre de telles restrictions peut être soumise au contrôle du juge et la question du refus ou de la limitation des visites a été régulièrement portée devant les juridictions administratives au cours des dernières années.

Ce contentieux, qui est parallèle à celui portant sur le droit de visite au sein des établissements pénitentiaires, est celui de l'excès de pouvoir. Le juge administratif effectue un contrôle de proportionnalité entre d'une part les atteintes au droit fondamental de maintenir des liens familiaux et d'autre part les buts recherchés par l'exercice du pouvoir de police, à savoir comme indiqué ci-dessus la préservation du bon fonctionnement du service ainsi que la sécurité des patients ou du personnel.

L'interdiction de la visite pour des motifs thérapeutiques

Des horaires très stricts, une interdiction provisoire de visiter un patient peuvent être mis en place afin de protéger le patient et dans certains cas de permettre une prise en charge thérapeutique efficace.

De telles restrictions de visite à finalité thérapeutique peuvent être notamment décidées à l'initiative de l'équipe médicale, notamment dans le milieu psychiatrique ou pédiatrique. Elles doivent être prises en accord avec le patient (ou son représentant légal) lorsqu'il est en mesure d'y consentir. Elles peuvent être nécessaires face une famille agressive, malveillante ou conflictuelle.

Sont concernées les situations dans lesquelles la présence de l'entourage apparaît manifestement néfaste au bon déroulement des soins et où un isolement plus ou moins provisoire est une composante du projet de soins. Il s'agit par exemple de la protection nécessaire d'un mineur susceptible de tentatives de suicide et qui est tenu délibérément éloigné de sa famille pour le protéger de ses effets délétères. Cette situation doit être abordée avec précaution dès lors qu'il viendra restreindre l'exercice normal de l'autorité parentale.

Il peut également s'agir d'un véritable contrat thérapeutique passé entre l'équipe médicale et le patient : ainsi en psychiatrie, en addictologie ou en nutrition par exemple.

La gestion des litiges

Les restrictions apportées aux visites sont souvent mal vécues par les proches, que l'état de santé du patient angoisse, voire stresse, ce qui peut induire des attitudes négatives ou agressives. Les proches peuvent être déstabilisés ou abattus, ce qui peut altérer leur jugement.

Le cadre de santé doit recevoir les visiteurs mécontents, afin de répondre à leurs questions, prendre connaissance de leurs remarques et apporter si possible des solutions aux difficultés signalées.

Les différends autour des visites ont en pratique différentes origines :

- la volonté de l'entourage d'une présence auprès du patient, que l'équipe juge excessive, en durée et/ou en nombre de visiteurs au regard de l'état de santé du patient ou des souhaits que celui-ci exprime,
- le non-respect des horaires ou des précautions d'hygiène,
- un comportement non approprié du visiteur, aussi bien à l'égard du patient que de l'équipe. Dans les cas les plus graves, l'hôpital doit assurer la protection du patient contre des visiteurs intrusifs et dont la venue est délétère pour sa tranquillité,
- des pratiques non acceptables, telles que filmer ou enregistrer des personnes ou d'autres patients sans leur consentement³⁴,
- des perturbations du fonctionnement du service : bruit, gêne pour les autres patients et autres visiteurs, propos agressifs ou déplacés,
- des conflits entre membres de la famille rendant nécessaire l'intervention de l'équipe (l'unité de soins devenant le lieu d'expression de conflits familiaux),
- le sentiment des visiteurs d'une absence d'empathie de l'équipe, une information jugée insuffisante et d'une manière générale, dans un contexte où la prise en charge est contestée par l'entourage, le souhait d'être présent pour la contrôler.

Des mises au point doivent être faites si nécessaire aux visiteurs par l'encadrement du service, avec l'appui de la direction de l'hôpital le cas échéant (notamment le chargé des relations avec les usagers « CRU » et le cas échéant les médiateurs médicaux et non-médicaux).

Le dialogue doit toujours être privilégié.

La suspension des visites à titre disciplinaire

Les restrictions peuvent prendre dans certains cas un caractère disciplinaire.

Il en est ainsi lorsque les visiteurs ne respectent les règles fixées pour la visite et notamment celles qui sont fixées par l'article 154 du règlement intérieur de l'AP-HP : « *Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement des hôpitaux. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.*

(Ils) doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer (...) ».

« Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des patients des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et dans tous les cas des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient (...).

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur ».

Elles doivent être prises en dernière extrémité, avec la réflexion nécessaire, en ayant pesé les avantages et les inconvénients de cette décision, en les faisant précéder d'une recherche de dialogue, d'explications et sauf situation particulière, d'une mise en demeure préalable.

Dans l'immédiat, lorsqu'une visite en cours doit être interrompue, il peut être fait application de l'article 35 du règlement intérieur de l'AP-HP : « *Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du groupe hospitalo-universitaire, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de*

³⁴ Art. 151 bis du règlement intérieur de l'AP-HP, v. supra, Chapitre 2, note 18

quitter le groupe hospitalo-universitaire. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du groupe hospitalo-universitaire. En cas d'infraction, il est fait appel à un agent de la force publique ou à un agent assermenté ».

Enfin, l'interdiction de visite peut résulter dans des cas exceptionnels, mais graves, de comportements inadmissibles d'un visiteur à l'égard des personnels.

Cette situation est souvent délicate, car la mesure aura pour effet de priver le patient de sa visite. Elle doit donc être décidée avec discernement et en principe, comme cela a été indiqué, pour des périodes limitées.

On rappellera que l'AP-HP protégera si besoin ses personnels au titre de la « protection fonctionnelle »³⁵ : *« Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis des personnels hospitaliers. L'AP-HP est tenue de protéger ses agents contre les atteintes volontaires à l'intégrité des personnes, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont ils pourraient être victimes sans qu'une faute personnelle puisse leur être imputée. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes d'infractions peuvent porter plainte en leur nom personnel. Pour cela, ils peuvent à leur demande être accompagnés dans les locaux de police ou de gendarmerie par un responsable de la sécurité générale. Le directeur ou son représentant porte plainte selon les dispositions prévues par les textes »* (art. 39 du règlement intérieur de l'AP- HP).

Lorsque la famille refuse la visite d'autres personnes

Les visiteurs peuvent exprimer leur opposition à la visite d'autres personnes, qu'elles appartiennent ou non au cercle familial.

Cette opposition doit être en principe prise en compte lorsqu'elle est exprimée par les titulaires de l'autorité parentale, en raison du droit et du devoir qui est le leur de contrôler les relations de l'enfant mineur (v. infra).

En revanche, en cas de différend sur la possibilité de visite de telle ou telle personne, il revient au patient et à lui seul d'en décider, la personne hospitalisée pouvant recevoir dans sa chambre les visites « de son choix »³⁶.

Ceci vaut lorsque le patient est en mesure d'exprimer sa volonté. Lorsque tel n'est pas le cas, on doit se référer aux indications données par le patient lorsqu'il était en capacité de le faire ; à défaut la personne de confiance, s'il en a désigné une, peut témoigner de sa volonté, le cas échéant.

³⁵ Art. L. 134-1 et s. du Code général de la fonction publique

³⁶ Art. L. 1112-2-1, CSP ; Charte de la personne hospitalisée, IX

Modèle de courrier relatif à une limitation/interdiction de visite.

Remise en mains propres, le.....

Nos réf. :

Objet : Suspension du droit de visite du au

Madame, Monsieur

Je vous informe que je suis amené(e), à la demande écrite du Dr/Pr... , praticien responsable du service/DMU à suspendre votre possibilité de visiter M/Mme , hospitalisé(e) dans le service au sein de notre hôpital.

Cette décision fait suite à des agissements graves qui m'ont été signalés, survenus le et dont vous êtes l'auteur. Il m'a été rapporté que :

.....

(*par ex. : Aussi, afin de préserver la tranquillité de Mme/M. et/ou au regard de son état de santé et de sa vulnérabilité*), cette décision, fondée sur les articles L.6143-7 du code de la santé publique et 153 et 154 du règlement intérieur de l'AP-HP, prend effet à compter de ce jour et jusqu'au

Je vous indique, à toutes fins utiles, que vous pouvez contester cette décision dans un délai de deux mois à compter de sa réception auprès du Tribunal administratif de (lieu). (adresse)

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature du directeur

ou de l'administrateur de garde

Copie , praticien responsable de DMU
..... , cadre paramédical de DMU
..... , responsable de la sécurité anti-malveillance

4 Lorsque le patient ne veut pas recevoir de visite

Dans cette hypothèse, ce n'est pas l'établissement, mais le patient lui-même qui refuse la visite, soit de manière générale, soit à l'égard de telle ou telle personne, soit à tel ou tel moment de son séjour.

La demande de ne pas recevoir de visites peut résulter du souhait du patient de bénéficier pleinement, sans être dérangé, de la tranquillité et de l'intimité de sa chambre. La presse s'est faite récemment l'écho de la fréquence de cette demande en maternité, quels que puissent être le souhait des visiteurs de visiter... et les usages³⁷.

Comme cela a été indiqué, selon les termes de la Charte de la personne hospitalisée, « *La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix* » (v. également l'art L. 311-5-2, CASF).

Le directeur d'hôpital doit alors prendre toutes les dispositions nécessaires au respect de la vie privée du malade et ne pas permettre à des personnes jugées indésirables par le patient de pénétrer dans sa chambre.

Le code de la santé publique précise en ce sens que :

« Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux » (art. R. 1112-47, CSP).

L'équipe hospitalière doit dans cette hypothèse noter au dossier du patient son refus des visites : de tel ou tel visiteur ou de toute visite de manière générale. L'infirmier doit prendre le temps de vérifier auprès du patient l'identité des visiteurs que le patient accepte auprès de lui et ceux qu'il n'accepte pas, afin de donner des instructions claires à l'accueil de l'hôpital. Cette information doit être partagée entre les membres de l'équipe de façon à pouvoir être opposée en cas de besoin à un visiteur.

Ce droit de refuser les visites pourra être renforcé par le silence gardé par l'hôpital à l'égard des tiers de la présence du patient à l'hôpital.

L'AP-HP prévoit sur l'application ORBIS une procédure d'enregistrement spécifique de l'identité d'un patient qui souhaite que sa présence au sein d'un service hospitalier ne soit pas divulguée à un tiers.

Dans ce cas, l'identité du patient demeure néanmoins connue des services hospitaliers et des organismes d'assurance-maladie.

La procédure de prise en charge anonyme doit être soigneusement distinguée de la prise en charge confidentielle.

Dans l'hypothèse de la prise en charge confidentielle, l'hôpital dispose de données nominatives sur le patient. Dans le cas de l'anonymat, il n'en dispose pas.

La loi prévoit trois cas où les patients peuvent demander à être pris en charge sous le régime de l'anonymat³⁸ :

- les femmes souhaitant accoucher dans le secret,
- les patients pris en charge pour une toxicomanie en cas d'admission volontaire,

³⁷ Lire par ex. : « Limiter les visites dans les maternités, les mères disent oui », *Aujourd'hui en France*, 17 juin 2022

³⁸ Ce droit à une prise en charge anonyme est une prolongation du droit au secret, ici renforcé dans ces hypothèses : l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique dispose que « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement (...) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté les cas de dérogation expressément prévu par la loi, 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 ces organismes.* »

- les patients pris en charge dans un CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles).

Le mineur peut également dans certains cas s'opposer à des visites, dans un contexte général où les titulaires de l'autorité parentale peuvent en principe décider des relations entretenues par le mineur et imposer des visites qui leur semblent nécessaires :

- cas d'un adolescent qui ne souhaite pas la visite de telle ou telle de ses connaissances,
- hypothèse où le mineur est pris en charge dans le secret, s'étant prévalu des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique prévoyant la faculté pour un mineur de demander le secret de l'hospitalisation et la possibilité pour le médecin ou la sage-femme de l'accepter³⁹.

Le placement sous tutelle n'a pas pour conséquence de priver le patient de donner son avis sur les visites. Celui-ci doit pouvoir être en mesure de pouvoir le donner, en plus de celui du tuteur.

Une autre procédure en vigueur à l'AP-HP contribue à garantir au patient la plus stricte confidentialité et à lui éviter de pâtir de visites intempestives et non souhaitées.

Elle concerne le pôle « Recherche patients » des hôpitaux de l'AP-HP (DAJ). Si le patient a communiqué au service où il est hospitalisé son souhait de ne pas voir divulguer le lieu de son hospitalisation, en cas de recherche lancée pour disparition inquiétante dans les hôpitaux, le pôle « Recherche-patients » des hôpitaux de l'AP-HP (DAJ), s'il est interrogé par les services de police ou de gendarmerie, doit leur faire connaître le souhait du patient de ne pas être en contact avec ses proches, et le préservera de visites.

Le pôle « Recherche patients » ne doit pas divulguer auprès de tiers la présence d'un patient hospitalisé que s'il y a donné son accord.

³⁹ Art. L. 1111-5, CSP : « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. (...) »

5 La visite de l'enfant hospitalisé

Des visites fréquentes, une présence régulière ou continue des parents constituent un véritable droit des enfants et de leurs familles. Elles permettent un véritable accompagnement de l'enfant hospitalisé par son entourage. L'équipe hospitalière peut à partir des indications données par les familles mieux comprendre les sentiments et réactions de l'enfant, notamment « *toute attitude de sa part qui pourrait traduire une douleur physique* »⁴⁰.

En réalité, la notion même de visite n'est-elle pas complètement appropriée quand il s'agit des parents : ceux-ci doivent être considérés comme des partenaires nécessaires et autant que possible, sauf si elle s'avère manifestement négative, leur présence doit être favorisée, au-delà de venues plus ou moins régulières dans l'unité de soins.

Les possibilités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur hospitalisation peuvent aller de la simple visite à l'admission conjointe de l'enfant et de son parent. Les parents « *ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant* » doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit⁴¹, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de n'exposer ni les parents ni l'enfant à un risque sanitaire (notamment à une maladie transmissible) et de ne pas troubler le repos des autres malades⁴².

Leurs possibilités de visite ne doivent donc pas se limiter aux heures de la journée où les soins sont les moins intensifs. Ils doivent d'ailleurs pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent, participer aux soins de la vie quotidienne, accompagner l'enfant lors des transferts, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins⁴³. Ils doivent pouvoir assister aux activités d'animation proposées aux enfants.

Des aménagements doivent être prévus afin de permettre aux parents une présence qui peut être continue : un lit d'accompagnant pour passer la nuit auprès de l'enfant, un fauteuil en sus si les parents souhaitent dormir à deux dans la chambre, une salle de repos ou de détente pour les familles leur permettant de ne pas devoir demeurer en permanence dans la chambre de l'enfant ; un four à micro-ondes et un réfrigérateur par exemple peut être mis à leur disposition, s'ils veulent se restaurer dans l'unité et s'ils sont autorisés à apporter de la nourriture à leur enfant.

Les aménagements apportés au service pour permettre la présence des parents auprès de l'enfant ne doivent pas engendrer pour ceux-ci de coût supplémentaire, à l'exception des repas.

Les parents disposent d'un droit de visite auquel le mineur ne peut s'opposer (sauf décision de justice contraire).

Dans des circonstances exceptionnelles, ce n'est que si la présence d'un ou des deux parents représente un danger médical pour le mineur que les professionnels peuvent intervenir.

Dans l'hypothèse de difficultés graves (si la présence d'un parent est néfaste pour l'équilibre psychologique de l'enfant Cf. exemples⁴⁴), le refus de visite peut être envisagé. Dans ce cas, le refus de la visite doit être motivé et tracé dans Orbis.

⁴⁰ Circulaire ministérielle DH/EO3/98 n° 68 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Principes affirmés par la Charte de la personne hospitalisée, IX

⁴³ Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants

⁴⁴ Exemple 1

Ils peuvent par ailleurs s'opposer à certaines visites : toute relation choisie par le mineur est en effet soumise au contrôle parental et les parents peuvent s'opposer à la fréquentation par leur enfant de certaines personnes⁴⁵.

Lorsque les parents sont séparés

La séparation des parents est sans impact sur le droit de l'enfant à être visité par ses deux parents. Il en est de même si un seul des deux parents a la garde de l'enfant. Quelle que soit la situation familiale, l'enfant doit donc pouvoir compter sur la présence de l'un et de l'autre parent.

La loi prévoit en effet que : « *La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale. Chacun des père et mère doit maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de celui-ci avec l'autre parent* » (art. 373-2 du code civil).

Si un parent s'est vu retirer « l'exercice » de l'autorité parentale, il conserve, sauf décision contraire du juge, le droit de rendre visite à son enfant, y compris dans le cadre d'une hospitalisation.

L'article 373-2-1 du code civil dispose en effet que :

« *Si l'intérêt de l'enfant le commande, le juge peut confier l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents. L'exercice du droit de visite et d'hébergement ne peut être refusé à l'autre parent que pour des motifs graves.* »

Le droit de visite peut en revanche être refusé au père ou à la mère dans l'hypothèse, en pratique rare, où ils sont dépourvus de l'autorité parentale, lorsqu'une décision de justice le prévoit, pour des « motifs graves ».

En cas de conflit entre les titulaires de l'autorité parentale, séparés, qui ne peut être résolu par l'équipe hospitalière, la conduite à tenir en cas de séjour prolongé peut être d'appliquer, stricto sensu, les décisions judiciaires fixant le droit de visite et d'hébergement : le parent dont par exemple le droit de visite est prévu aux premier et troisième week-ends du mois peut le visiter à ces dates.

Le père de la patiente mineure exerce l'autorité parentale et a un droit de visite non médiatisé de son enfant. Le lien entre le parent et la jeune mineure n'est pas rompu mais cette dernière refuse de voir son père lors de son hospitalisation à cause d'une dispute qui s'est déroulée en amont de son opération. Dans cette hypothèse, il semble difficile de refuser la visite de son père s'il se présente. On contactera utilement ce dernier avant sa venue à l'hôpital pour lui évoquer la volonté de sa fille. Par ailleurs, l'équipe soignante tâchera de le rassurer le cas échéant sur l'état de santé de sa fille et encouragera le rétablissement des liens.

Exemple 2

Le père de la patiente exerce également l'autorité parentale. Cependant, le contexte est différent de la précédente hypothèse car sa fille mineure ne serait plus en contact avec lui depuis plusieurs années et sa visite générerait un grand stress chez elle (état de santé fragile de la patiente). La visite de son père pourrait donc avoir une incidence sur son état de santé.

L'intérêt supérieur de l'enfant pourrait primer dans cette situation.

De plus, selon l'article 153 du règlement intérieur de l'AP-HP, « *le droit aux visites peut être restreint pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales* ».

On notera que cette restriction est d'ordre médical, la visite pourra être interdite sur le fondement du nécessaire « *repos des malades* » (art. R. 1112-47, CSP) ou du fait que l'état de santé du patient ou du résident ne la permet pas ou, à tout le moins, ne s'accorde pas à la bonne mise en œuvre du traitement et à la réalisation des soins (Conseil d'État, 2 oct. 2017, n° 399753).

Cette décision administrative sur avis médical est généralement directement notifiée par l'équipe hospitalière qui prend en charge le patient. Il est rare de faire appel au directeur pour prendre une telle décision.

Toutefois, considérée comme une décision administrative de l'établissement prise sur avis médical, celle-ci est susceptible d'être contestée devant la juridiction administrative.

Si le père de la patiente se rend à l'hôpital, un courrier lui sera remis, écrit et signé par le directeur de l'établissement. L'information de la direction de l'hôpital (chargé des relations avec les usagers, direction Qualité) est également particulièrement recommandée.

⁴⁵ En vertu notamment des dispositions de l'article 371-1 du code civil

Il est important que ces indications apparaissent au dossier du mineur.

La visite des grands-parents

Cette question est parfois l'objet de litiges lorsqu'à la suite de la séparation des parents, les liens avec les anciens beaux-parents respectifs se sont détériorés, tandis qu'enfants et grands-parents souhaitent demeurer en relation. Sous les réserves prévues par la loi (« motifs graves ») ou résultant au cas par cas de motifs médicaux dûment justifiés (limitation des visites aux seuls parents par ex.), les grands-parents doivent pouvoir bénéficier d'un droit de visite, même sans le consentement du père ou de la mère⁴⁶.

Le cas échéant, ils peuvent bénéficier d'un droit de visite à tels et tels jours sur décision du juge des affaires familiales fondée sur l'article 371-4 du code civil.

La loi présume en effet qu'il est de l'intérêt de l'enfant d'entretenir des relations personnelles avec ses grands-parents. C'est en conséquence aux père et mère de faire la preuve de l'existence d'un motif grave s'ils veulent s'y opposer. Ce motif est apprécié par le juge de façon très stricte et peut être retenu, par exemple, si la sécurité ou la santé physique et morale de l'enfant risquent d'être compromises (alcoolisme, violence, déficience psychologique ou matérielle particulièrement grave, grands-parents aggravant un conflit familial ou ternissant l'image des parents, etc.).

En revanche, ce droit de maintenir des relations ne signifie pas que les grands-parents peuvent s'immiscer dans les décisions prises par les parents, titulaires de l'autorité parentale.

Et il s'agit d'un droit de l'enfant et non d'un droit des grands-parents.

Les relations de l'enfant avec d'autres personnes

Les autres visiteurs que les titulaires de l'autorité parentale (autres parents, amis, frères et sœurs) ne sont en revanche pas dispensés du respect d'horaires de visite : les règles ordinaires s'appliquent à leur égard et ils doivent se conformer aux horaires affichés à l'entrée des unités de soins.

Les amis du mineur peuvent être admis, en nombre limité et sous l'autorité de l'équipe responsable, en principe quel que soit leur âge⁴⁷ et à toute heure raisonnable de la journée. En cas contraire, une pancarte précisant les restrictions d'horaires ou d'âge doit l'indiquer explicitement. Les besoins de repos du mineur hospitalisé doivent bien entendu être pris en compte, notamment pour fixer la durée des visites.

Les parents peuvent être amenés à réguler les autres visites : un membre de l'équipe hospitalière explique les décisions prises aux intéressés et apporte toutes les justifications nécessaires aux restrictions éventuelles qui y sont apportées, notamment dans les cas de conflits familiaux ou de visite de « bandes d'amis » propres aux hospitalisations d'adolescents.

L'article 371-4 du code civil prévoit que le juge aux affaires familiales peut fixer des relations entre l'enfant et un tiers, qu'il soit lié ou non à l'enfant par un lien de parenté⁴⁴.

⁴⁶ L'article 371-4 du code civil stipule que « *L'enfant a le droit d'entretenir des relations personnelles avec ses ascendants. Seuls des motifs graves peuvent faire obstacle à ce droit* »

⁴⁷ Les visiteurs « de l'enfant doivent être acceptés sans limite d'âge » (Charte de l'enfant hospitalisé, art. 6) ; circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants et circulaire n° 98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés

L'enfant peut en effet souhaiter entretenir des relations avec des tiers, indépendamment de l'opinion que peuvent en avoir ses parents et des dispositions qu'ils prennent en conséquence. Au cas où les père et mère s'opposent à ces relations, les tiers peuvent s'adresser à la justice.

La demande ne peut être accueillie favorablement que « si tel est l'intérêt de l'enfant », cet intérêt de l'enfant étant apprécié par le juge : existence de liens affectifs particuliers unissant l'enfant aux tiers (demi-frères et demi-sœurs, parents spirituels – parrains et marraines ; parents « affectifs » dans le cadre de familles recomposées – compagnon et compagne de la mère et du père si l'un d'eux vient à décéder, etc.).

Les relations suivies qui s'instituent entre l'équipe hospitalière et la famille, les entretiens successifs qui ponctuent les soins et les examens, l'immixtion de fait des soignants dans l'intimité de la cellule familiale requièrent de leur part un respect strict de la confidentialité et du secret professionnel.

Les précautions qui suivent, issues de la déontologie médicale, s'appliquent plus généralement à tous les soignants :

« Le médecin doit s'interdire aussi la curiosité et s'en tenir, dans la vie privée du patient et de sa famille, aux informations nécessaires à la compréhension de la situation qu'il prend en charge. Il est évidemment impensable qu'il puisse exploiter une information obtenue au cours de son exercice professionnel à des fins personnelles.

Pour s'en prévenir, le médecin ne doit jamais se départir de son impartialité. En cas de conflit, il doit analyser les faits et prodiguer ses conseils sans jamais prendre un parti quelconque. Il peut chercher à concilier les points de vue en présence, mais doit savoir constater l'échec de sa mission et refuser alors de s'ériger en juge de la situation ou effectuer un arbitrage, particulièrement dans les situations de divorce où il ne doit jamais prendre le parti de l'un ou de l'autre, pour la garde des enfants notamment. Il ne doit pas non plus établir à cette occasion un certificat médical imprudent qui pourrait être par la suite sujet à interprétation tendancieuse »⁴⁸.

En cas de comportement problématique d'un parent

Ce n'est que si la présence des parents représente un danger pour le mineur (en cas de maltraitance par exemple) que les professionnels peuvent intervenir. Dans l'hypothèse de difficultés graves (ainsi, si la présence des parents est néfaste pour l'équilibre psychologique de l'enfant), il appartient à l'établissement de procéder à un signalement auprès de l'autorité judiciaire.

Les textes ne précisent pas les modalités de saisine du juge par l'établissement hospitalier en cas de restriction nécessaire au droit de visite de l'enfant, dans l'intérêt de celui-ci.

Dès lors, lorsque les visites des parents viennent compromettre manifestement la santé du mineur, l'établissement doit saisir le procureur de la République.

Dans l'hypothèse où les deux parents sont eux-mêmes en conflit sur le droit de visite, voire en conflit avec la visite des grands-parents, il doit être conseillé au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales.

En cas d'hospitalisation confidentielle du mineur

Ceci recouvre plusieurs hypothèses :

⁴⁸ Commentaires sous l'article 51 du code de déontologie médicale : « Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients » (art. R. 4127-51, CSP)

- Les confidences reçues du mineur par les professionnels de santé ne doivent être communiquées aux titulaires de l'autorité parentale. La Convention internationale des droits de l'enfant reconnaît en ce sens au mineur « *le droit de ne pas faire l'objet d'immixtion arbitraire ou illégale dans sa vie privée, sa famille ou sa correspondance* » (art. 16). Les professionnels veillent à ce que si tel est son souhait, l'intimité du mineur soit préservée au cours des examens et des soins, notamment lorsqu'il s'agit d'un adolescent.
- Si le mineur ne peut en principe s'opposer à la visite de ses parents, il peut néanmoins formuler le souhait d'une protection de son intimité et de sa vie privée.
- Lorsque le mineur refuse que ses parents soient informés sur ses soins, voire sur sa présence dans l'établissement en demandant le secret prévu à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, les professionnels doivent respecter la volonté du mineur tant que celui-ci maintiendra sa demande de confidentialité.
- Les chambres des enfants de personnalités connues sont anonymisées pour éviter l'intrusion intempestive des journalistes.
- Certains enfants placés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) qui doivent être protégés contre les interventions intempestives de leurs parents ou de leurs proches, alors qu'il y a suspicion de maltraitance. Sont également concernés les enfants fugueurs ou à l'isolement en pédopsychiatrie. Dans certains cas, un agent de sécurité peut être posté nuit et jour à l'entrée de la chambre pour protéger l'enfant de toute intrusion indésirable ou des risques de fugue.

L'enlèvement d'enfant

Heureusement rares, des tentatives d'enlèvement d'enfant ont parfois lieu dans les services de maternité. Lorsque c'est le cas, elles impliquent souvent des proches de l'accouchée, dans des contextes de difficultés familiales. Ces situations sont particulièrement graves par le danger physique qui les accompagne souvent et par les répercussions psychologiques qu'elles entraînent chez l'enfant et sa mère.

Elles justifient une vigilance permanente de l'équipe hospitalière lors des visites et dans toutes circonstances où l'activité de l'unité et l'afflux des visiteurs réduisent la surveillance des enfants. Différentes mesures de précaution peuvent être prises, selon le cas : vérification de l'identité des personnes inconnues ou dont les intentions et le comportement sont douteux, prise en compte des avertissements de la mère, instructions spécifiques données aux agents de sécurité, expulsion hors de l'unité des visiteurs non habilités par elle, etc.

Toute disparition d'un nouveau-né doit bien entendu faire l'objet d'un signalement immédiat aux autorités de police et de justice⁴⁹.

⁴⁹ Le droit pénal sanctionne lourdement la soustraction de mineur, qui peut être le fait d'un ascendant (art. 227-7, c. pénal) ou d'un tiers (art. 227-8, c. pénal)

6 La visite du patient hospitalisé en unité de soins de longue durée (USLD)

Lors de la pandémie de covid-19, la question des visites dans les EHPAD et les USLD des hôpitaux a donné lieu à de nombreuses discussions et recommandations⁵⁰.

Deux impératifs se sont alors confrontés

- La volonté de préserver les personnes âgées dépendantes d'un risque d'infection auquel elles pouvaient à la fois être exposées et étaient particulièrement vulnérables,
- Celle de permettre aux personnes âgées de maintenir des relations sociales avec leur famille et leurs proches et d'éviter un isolement très néfaste à leur équilibre personnel.

Ce second point a été souligné par la Haute autorité de santé :

« Les visites des proches sont importantes pour les résidents (des USLD), puisqu'elles vont contribuer à maintenir leur moral et préserver leur bien-être »⁵¹.

Hors des situations particulières telles que ce contexte épidémique, les règles ordinaires de la visite à l'hôpital s'appliquent aux résidents des USLD.

Des dispositions spécifiques sont toutefois prévues, communes aux USLD et aux EHPAD, tant les visites sont essentielles pour des résidents ayant quitté le plus souvent définitivement leur domicile initial, ayant fréquemment perdu en grande partie l'environnement relationnel de leur vie antérieure et pour lesquels les sorties à l'extérieur sont rares ou inexistantes.

Les dispositions de référence pour les résidents de ces unités figurent dans un arrêté du 26 avril 1999⁵², fixant le cahier des charges des EHPAD et USLD.

Cet arrêté fixe pour objectifs à atteindre de :

- maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social,
- ouvrir l'institution aux familles, amis ou personnes bénévoles,
- permettre la participation des familles et/ou de l'entourage à certaines activités, même de façon très occasionnelle,
- prendre des repas avec leur parent.

Il prévoit que le règlement intérieur de l'établissement doit favoriser la mise en œuvre de ces objectifs, par exemple au travers d'horaires de visites réglementés, de la possibilité de chambres d'hôtes dans l'établissement ou à proximité, de lieux permettant d'avoir une intimité avec son parent âgé (chambre seule, salon, tisanerie...). L'espace privatif dont dispose le patient ou le résident doit lui permettre de *« recevoir dans l'équivalent d'un chez-soi, facilitant ainsi ses relations sociales, notamment avec sa famille et son entourage »*.

⁵⁰ V. notamment Protocole du 27 novembre 2020

⁵¹ HAS, « Un document d'information pour faciliter les visites à un proche résidant en EHPAD en toute sécurité », 6 nov. 2020

⁵² Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Le cahier des charges antérieur à l'entrée en vigueur de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et qui figure en annexe de l'arrêté, continue en effet de s'appliquer aux unités de soins de longue durée

V. art. 4 de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

La Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance⁵³ souligne à son article 4 (« Présence et rôle des proches ») que le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, dont les missions ont été reprises par la HAS) a recommandé en 2008⁵⁴ qu'« *Il convient de faciliter et rendre agréable la visite de l'entourage et de garantir une certaine intimité. La chambre d'un résident devrait offrir un minimum d'espace et de mobilier pour recevoir ses proches. [...]. Il est important d'offrir un accès le plus libre possible aux familles dans le respect de l'intimité des personnes et de leur volonté et d'envoyer le message global que les personnes accueillies sont "chez elles" et peuvent recevoir les visites au moment où elles le souhaitent. Les horaires susceptibles de gêner les personnes elles-mêmes (moment de la toilette, du coucher...) pourront être expliqués dans le cadre d'un dialogue où les positions de chacun pourront s'exprimer* ».

L'ANESM mentionne l'importance des visiteurs pour une meilleure vie sociale au sein des établissements concernés : « *Parfois, les familles qui rendent visite aux résidents de certains établissements participent de facto à la convivialité des lieux* ».

Participation de la famille et des proches à l'accompagnement

La possibilité d'une présence régulière de sa famille et de ses proches est pour la personne âgée un élément essentiel de bien être lors de son séjour. La participation de la famille et des proches aux activités quotidiennes de l'établissement doit être recherchée, dans le respect du projet d'accompagnement individualisé et de la volonté du résident.

La souplesse des horaires de visite permet aux parents et aux proches d'être facilement présents auprès des résidents. La possibilité de prendre des repas auprès d'eux dans une salle réservée à cet effet et de leur donner à manger sont d'expérience des options très appréciées.

L'aide des familles à la prise des repas par les patients ne peut en effet être exclue. Elle doit cependant s'entourer de précautions et être si besoin strictement réservée aux soignants.

Hormis la salle de restauration, le choix peut être fait de ne dédier aucun espace spécifique aux familles, en les invitant à investir l'ensemble des murs de l'établissement. Plusieurs petits salons ou espaces préservant l'intimité et la convivialité peuvent être aménagés de sorte que les visites deviennent des instants de rencontres et d'échanges. Les résidents et les familles peuvent être impliqués dans le choix des éléments décoratifs ou de la signalétique.

Le maintien des relations familiales dépend aussi des activités d'animation. Située au cœur du projet de vie du résident, l'animation a pour objectif de distraire la personne en perte d'autonomie, de la stimuler et de lutter contre la perte du lien social. L'association des familles aux animations doit être favorisée, notamment en informant les familles du planning des activités et des sorties.

Enfin il arrive souvent qu'un proche, notamment lorsque le résident est en fin de vie, souhaite accompagner les soins de façon plus étroite, en aidant au nursing par exemple. Une telle pratique, si elle n'est encore définie dans aucun texte, ne devrait pas être écartée au motif que les soignants se verraient usurper leur place de soignants. Il est possible d'envisager un tel accompagnement du soin par un visiteur à condition que les limites de son intervention soient rigoureusement définies et encadrées par le cadre de santé en concertation avec l'équipe soignante.

⁵³ Charte établie par la commission "Droits et Libertés" de la Fondation Nationale de Gérontologie en 1986

⁵⁴ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, 2008

7 La visite d'un patient privé de liberté

Dans certaines situations, le patient hospitalisé peut être privé de sa liberté d'aller et venir et contraint de demeurer dans sa chambre ou son unité.

Hors le cas des patients mineurs, il en est ainsi pour les patients soignés en psychiatrie sans leur consentement et pour les patients détenus.

A leur égard, un texte essentiel est désormais constitué par les récentes « *Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté*⁵⁵ ».

Ce long texte expose ainsi les finalités devant être poursuivies en matière de visites :

« Favoriser le maintien des liens familiaux des personnes privées de liberté et leurs relations avec l'extérieur. Tout au long de la mesure de privation de liberté, il est essentiel de permettre et d'encourager le maintien des liens des personnes enfermées avec l'extérieur. Qu'il s'agisse de se protéger du choc de l'enfermement, de garantir le maintien d'un équilibre personnel, d'assurer la continuité d'un parcours ou de préparer le retour au sein de la communauté, les autorités en charge des lieux d'enfermement et les personnes qui y travaillent doivent veiller au maintien de ces liens et à la possibilité d'en construire de nouveaux pendant toute la durée de la mesure. Les murs des lieux de privation de liberté ne sont infranchissables que des personnes enfermées. Ils n'ont pas vocation à priver le reste de la cité de tout droit d'accès ou droit de regard sur ce qui s'y passe, ceux qui y vivent, ceux qui y travaillent ».

Il définit ensuite des principes généraux, non applicables aux gardes à vue :

« Les personnes privées de liberté doivent disposer de l'ensemble des moyens nécessaires au maintien de leurs liens familiaux, sociaux et amicaux.

Les droits de visite et de sortie.

Les personnes privées de liberté doivent être en mesure de recevoir des visites régulières, en particulier des membres de leur famille et de leurs proches. Lorsque la preuve d'un lien de proximité est exigée, elle peut être apportée par tout moyen (principe non applicable aux gardes à vue). Les visites doivent être d'une durée et d'une fréquence raisonnables, adaptées à la durée de la mesure de privation de liberté. Elles doivent être organisées selon des modalités préalablement arrêtées. Des moyens de compenser la rareté des visites des personnes éloignées ou dans l'incapacité de se déplacer doivent être proposés. Seuls un motif médical, judiciaire, ou la nécessité de protéger l'intégrité physique ou morale des personnes concernées peuvent motiver une mesure de restriction à l'exercice de ce droit (principe non applicable aux gardes à vue). Des espaces doivent être aménagés permettant l'accueil des familles et la rencontre avec leurs proches dans des conditions satisfaisantes de dignité, de propreté et d'intimité. Ces lieux doivent être adaptés au temps qui y est passé. S'il est recouru à des mesures de contrôle des visiteurs, celles-ci doivent disposer d'un fondement légal et se limiter aux contraintes strictement nécessaires et proportionnées à l'objectif poursuivi. Toute mesure de surveillance doit s'exercer dans le respect de l'intimité des familles et de la personne enfermée (principe non applicable aux gardes à vue). Les autorités doivent mettre en place des dispositifs permettant aux visiteurs des personnes privées de liberté de disposer de toute information utile

⁵⁵ JO, 4 juin 2020

concernant les modalités d'organisation des visites et de prise en charge de leur proche et de formuler des remarques, observations ou réclamations ».

Les patients soignés sans leur consentement peuvent comme tout patient s'opposer à certaines visites et peuvent demander à ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux (art. R. 1112- 47, CSP).

En psychiatrie

Pour les patients soignés sous contrainte dans le cadre des dispositions des articles L. 3211-1 et suivants du code de la santé publique, les modalités des visites s'inscrivent dans le respect d'un principe général :

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques (sans son consentement) (...), les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a estimé que :

« Toutes les mesures utiles doivent être mises en œuvre pour offrir des conditions de visite dignes aux familles, afin que les visites à un proche hospitalisé se déroulent dans des conditions favorisant le maintien des liens familiaux et affectifs. Aussi des restrictions telles que les interdictions d'objets, la présence d'un tiers ou des procédures contraignantes en matière d'autorisation de visite ne sauraient être tolérées qu'au cas par cas et sur décision motivée du corps médical »⁵⁶.

Toute restriction au droit de recevoir des visites pour un patient en soins psychiatriques sans consentement doit ainsi être médicalement motivée (s'il est considéré que la visite d'un membre de la famille ou d'un tiers n'est pas bénéfique), adaptée, proportionnée et régulièrement réévaluée.

Par ailleurs, le patient conserve toujours la possibilité (art. L. 3211-3 et L. 3222-4, CSP) :

- de communiquer avec le préfet, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République et le maire de la commune⁵⁷. Les établissements habilités à recevoir des personnes pour des soins psychiatriques sans consentement sont « visités » sans publicité préalable au moins une fois par an par ces autorités, qui peuvent recevoir les réclamations des patients ;
- de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix.

Un régime de visite spécifique peut être prescrit pour un patient, de façon ponctuelle ou durable, compte tenu des circonstances (horaires particuliers ou lieu des visites notamment) ou en raison du caractère possiblement néfaste de visites sur la prise en charge médicale, une période d'isolement ou l'abstention de relations avec telle ou telle personne pouvant notamment être nécessaires. Il convient d'en expliquer la raison, en particulier au plan médical, notamment s'il est restrictif et de le tracer au dossier patient. De même, le droit de visite peut le cas échéant être aménagé en fonction de précautions liées à la sécurité. Il a été jugé qu'il n'était pas interdit à un directeur d'hôpital d'ordonner, en vertu de ses pouvoirs de police générale, la présence derrière une porte vitrée d'un cadre infirmier lors de la visite à un malade d'un médecin généraliste extérieur⁵⁸.

Il n'appartient qu'au juge judiciaire (le juge des libertés et de la détention, JLD) de connaître de la contestation relative au bien-fondé du régime auquel est soumis un patient (en l'occurrence,

⁵⁶ CGLPL, Rapport 2014

⁵⁷ V. art. L. 3222-4, CSP

⁵⁸ CE, 17 novembre 1997, CHS Rennes, JCP 1998.IV.1504 ; RFDA 1998.211

contraintes thérapeutiques et restrictions de visite), au regard de son état mental, à la suite de son hospitalisation sans son consentement. La compétence du juge administratif ne porte que sur la régularité des mesures administratives et il appartient en revanche à la seule autorité judiciaire de se prononcer sur le bien-fondé des mesures qui ne sont pas détachables des soins donnés dans ce cadre (notamment le refus de visite)⁵⁹. Il résulte des dispositions du premier alinéa de l'article L. 3211-3 et de l'article R. 1112-47 du code de la santé publique qu'il peut être interdit au proche d'un patient, hospitalisé sans son consentement, de rendre visite à celui-ci, au motif, notamment, qu'une telle visite n'est pas compatible avec l'état de santé du patient ou la mise en œuvre de son traitement⁶⁰.

Ces dispositions relatives aux patients soignés sans leur consentement ne viennent pas s'appliquer aux patients en « hospitalisation libre »⁶¹.

Enfin, une situation particulière doit être mentionnée : au cours de la période initiale dite « de 72 heures » prévue par la loi en cas d'hospitalisation psychiatrique sans consentement, l'équipe médicale en charge du patient organise parfois une étape du traitement pendant laquelle est organisée une coupure du monde extérieur, entraînant entre autres mesures restrictives l'interdiction de tout contact extérieur ou familial, et donc l'interdiction des visites.

Cette « coupure », forme d'isolement contraint qui est parfois amenée à se prolonger pendant une semaine voire davantage, ne peut pas prendre un caractère systématique. Elle doit relever d'une prescription médicale, au cas par cas.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a émis des réserves sur cette pratique et considéré qu'une interdiction générale et absolue des visites (et de l'accès au téléphone) venant s'imposer à tous les patients, quelle que soit leur pathologie, méconnaîtraient les articles 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et L. 3211-3 du code de la santé publique :

« De telles restrictions ne peuvent être qu'individuelles et motivées et doivent, le cas échéant, faire l'objet d'explications au patient et aux proches concernés »⁶².

Les patients détenus

Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Les règlements pénitentiaires leur demeurent applicables dans toute la mesure du possible : il en est ainsi notamment s'agissant de leurs relations avec l'extérieur et donc des visites dont ils peuvent bénéficier⁶³.

L'exercice de leurs droits en qualité de patient doit s'accorder avec les contraintes et obligations inhérentes à leur statut de détenu. Leur droit de recevoir des visites s'exerce ainsi dans les conditions du code de procédure pénale et sous le contrôle de l'administration pénitentiaire.

Le cadre de ces visites a été précisé par un guide élaboré conjointement et régulièrement mis à jour par les Ministères de la Justice et de la Santé⁶⁴.

⁵⁹ CE, ord. 16 juin 2010, n° 340453 ; CAA Bordeaux, 11 février 2014, n° 12BX02532 : AJDA 2014. 1052, concl. Katz.

⁶⁰ CE 2 octobre 2017, n° 399753 : AJDA 2017. 1863

⁶¹ TA Versailles, 12 mars 1998, n° 96-1195: RDSS 1998. 831, obs. de Forges : le neveu était en hospitalisation libre, donc supposé jouir des mêmes libertés qu'un malade hospitalisé pour un motif autre que psychiatrique ; v. art. L. 3211-2, CSP

⁶² CGLPL, Rapport 2014

⁶³ Art. D. 395, code de procédure pénale.

⁶⁴ Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, 2019

Lors de l'incarcération, le nombre de visites autorisées pour chaque personne détenue dépend de son statut (condamné ou prévenu) et des permis de visites délivrés aux personnes en ayant fait la demande, conformément aux dispositions de l'article D. 403 du code de procédure pénale⁶⁵.

Lors de l'hospitalisation, l'établissement pénitentiaire informe l'établissement de santé des personnes bénéficiant de ces permis de visites (par l'intermédiaire de la fiche de liaison à élaborer avec la Direction de l'administration pénitentiaire [DAP]).

Dans la mesure où ces visites se déroulent sans surveillance à l'hôpital (à la différence de celles ayant lieu en prison), l'autorité préfectorale ou l'autorité judiciaire peut restreindre la liste des visiteurs pendant la durée de l'hospitalisation. Ce cadre n'est pas exclusif de décisions limitant les visites, qui peuvent être prises, par ailleurs, pour raisons médicales sur l'organisation des visites pour un patient, compte tenu de son état de santé et de sa prise en charge⁶⁶.

⁶⁵ Art. D. 403, code de procédure pénale : « *Les permis de visite sont délivrés pour les prévenus par les autorités visées à l'article D. 64. Pour les condamnés, ils sont délivrés par le chef de l'établissement. A l'égard des condamnés hospitalisés dans les conditions prévues aux articles D. 391 et suivants, les permis de visite sont délivrés par le préfet de police à Paris, les préfets délégués pour la police auprès des préfets des départements des Bouches-du-Rhône, du Rhône, du Nord, de la Corse-du-Sud et de la Haute-Corse, les préfets et les sous-préfets dans les départements. Ces permis sont, soit permanents, soit valables seulement pour un nombre limité de visites* »

⁶⁶ Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, 2019, p. 121

8 La visite des bénévoles et d'autres tiers

L'exercice du droit de visite ne se limite pas aux membres de l'entourage.

Il peut également concerner des visiteurs bénévoles, les ministres du culte, les notaires, les journalistes et photographes, et le cas échéant des commerciaux.

Mais ce droit ne peut s'exercer qu'avec l'accord du patient ou de son représentant légal.

Ainsi que cela a été mentionné, le patient peut demander au cadre infirmier du service de ne pas permettre à ces personnes d'avoir accès à lui.

Les bénévoles

Le Code de la santé publique prévoit l'intervention de bénévoles auprès des patients hospitalisés (art. L. 1112- 5) :

« Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11 ».

La Charte de la personne hospitalisée (I) le réaffirme :

« Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles. Ces associations ont pour mission d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite ou de répondre à des demandes spécifiques sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux. Une convention est conclue avec ces associations, précisant les conditions d'intervention de celles-ci dans l'établissement. La liste des associations concernées figure de préférence dans le livret d'accueil. À défaut, cette liste sera mise à disposition des personnes hospitalisées par le service chargé de l'accueil. »

Les conditions et l'organisation de cette intervention des associations sont précisées par une circulaire du 4 octobre 2004, comprenant une convention-type⁶⁷. Les conventions conclues doivent spécifier les conditions d'intervention des associations afin qu'elles se plient au cadre de vie des établissements. Un point important est de protéger les patients contre les initiatives sectaires, d'emprise et de prosélytisme. Une vigilance particulière doit être apportée sur ce point par les directions d'hôpitaux et les responsables des services.

Les associations doivent respecter par ailleurs certains principes énoncés en une charte comprenant notamment le respect des opinions, l'intimité de la personne visitée et l'absence d'interférence dans les soins (v. la Charte des associations de bénévoles à l'hôpital, 1991).

Parmi ces associations de personnes bénévoles intervenant au sein des hôpitaux pour visiter individuellement les patients, par exemple à un rythme hebdomadaire, les bénévoles passent du temps avec eux hors de toute relation de soins, apportent une présence amicale, une écoute, un réconfort. En outre, ils participent à des ateliers et à des animations.

⁶⁷ Circulaire DHOS/SDE/EI n° 2004-471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type.

Les visites s'adressent particulièrement à des patients, enfants et adultes, privés de leur environnement, de leur famille, à des patients souvent inquiets et souffrant de leur isolement.

Les associations proposent des visites individuelles ou en groupe, ainsi que des animations : lecture en commun, jeux de société, travaux manuels, chansons et autres activités.

Des programmes particuliers de formation des visiteurs sont mis au point par les associations en collaboration avec les responsables des services, de telle sorte que leurs interventions s'effectuent en parfaite collaboration avec le personnel de l'hôpital.

Chaque service doit faire connaître aux patients dont il est en charge, selon des modalités appropriées (affichage, etc.), les différentes associations de bénévoles ayant conclu une convention avec l'établissement et les moyens de les faire connaître aux patients et aux familles.

Il doit déterminer avec chaque association les modalités de participation des hospitalisés qui le souhaitent au regard des impératifs de leur prise en charge tels que les soins, les heures de repas, les heures de visite, etc.

Des dispositions particulières s'appliquent aux associations de bénévoles intervenant pour accompagner des patients en fin de vie.

Le code de la santé publique prévoit ainsi (art. L. 1110-11) que :

« Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord de la personne malade ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du malade et en confortant l'environnement psychologique et social de la personne malade et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité, l'absence d'interférence dans les soins.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés et des établissements sociaux et médico-sociaux doivent conclure, avec les établissements concernés, une convention conforme à une convention type définie par décret en Conseil d'Etat⁶⁸. A défaut d'une telle convention ou lorsqu'il est constaté des manquements au respect des dispositions de la convention, le directeur de l'établissement, ou à défaut le directeur général de l'agence régionale de santé, interdit l'accès de l'établissement aux membres de cette association.

Seules les associations ayant conclu la convention mentionnée à l'alinéa précédent peuvent organiser l'intervention des bénévoles au domicile des personnes malades ».

⁶⁸ Décret n°2000-1004 du 16 octobre 2000 relatif à la convention type prévue à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique

Charte des associations de bénévoles

Issues de la société civile, les associations partenaires de l'AP-HP sont des membres à part entière de la communauté hospitalière.

Elles accomplissent auprès des patients et de leurs proches de multiples actions/missions d'écoute, d'accompagnement, d'animation, d'information...

Elles interviennent dans le cadre général de la mission des établissements sanitaires et sociaux en complémentarité avec les professionnels de l'hôpital.

Leur action spécifique s'inscrit dans la continuité du projet de l'établissement en contribuant à l'exercice des droits des patients.

Elles contribuent et s'inscrivent dans la démarche continue d'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes accueillies en partenariat avec les services de l'hôpital. Chaque association apporte des réponses spécifiques aux attentes des usagers.

Le partenariat entre l'établissement et les associations est formalisé dans le cadre d'une convention. Elles agissent en complémentarité avec d'autres associations

Les principes fondamentaux des relations entre l'AP-HP et les associations partenaires se caractérisent dans le partage de valeurs communes telles que : la solidarité, la citoyenneté, le respect de la différence, la prise en compte de la vulnérabilité des personnes, la prise en compte de la personne dans sa globalité.

Dans le cadre de ce partenariat, l'AP-HP s'engage à

- Accueillir les associations partenaires en tant qu'acteurs à part entière de l'hôpital,
- Respecter leur projet associatif,
- Faciliter leur activité et leur identification au sein de l'hôpital,
- Leur transmettre toutes informations et outils nécessaires à la compréhension de l'institution, de son fonctionnement,
- Permettre aux bénévoles de mieux appréhender leur activité au sein de l'hôpital,
- Proposer des formations nécessaires dans le cadre de leur intervention en milieu hospitalier,
- Favoriser les relations entre associations et professionnels dans un esprit de compréhension mutuelle,
- Développer une dynamique inter-associative,
- Encourager une expression collective des associations.

Les associations partenaires s'engagent à

- Respecter les modalités définies dans la convention qui formalise leur collaboration avec l'AP-HP,
- Assurer la sélection des bénévoles qu'elles mandatent,
- Donner aux bénévoles une formation adaptée,
- Assurer le suivi et l'encadrement des équipes de bénévoles,

- Assurer une régularité et une continuité dans le cadre de l'engagement prévu,
- Transmettre à leurs bénévoles toutes informations et outils nécessaires à la compréhension de l'Institution, de son fonctionnement,
- Contribuer à la dynamique inter-associative,
- Intervenir en concertation avec les équipes soignantes, en définissant ensemble les champs de son intervention,
- Respecter l'intimité et la dignité du patient et de son entourage, ainsi que la confidentialité des informations qui pourraient leur parvenir concernant tant l'hôpital, le personnel que le patient et son entourage,
- Agir dans le respect des opinions et des convictions de chacun (neutralité politique, philosophique, religieuse...).

Le médecin traitant

La pratique du médecin traitant – ou de tout autre médecin désigné par le patient ou son représentant légal – de venir visiter le patient dont il est en charge en ville et qu'il a pu adresser à un confrère à l'hôpital pour une hospitalisation, est devenue rare.

Rien ne s'oppose cependant à cette visite si elle répond à une demande du patient ou de son représentant légal.

Elle permet le cas échéant d'organiser une prise en charge sans rupture entre le médecin traitant et celle de l'équipe hospitalière. Les médecins concernés peuvent notamment échanger sur l'état de santé du patient et définir ensemble les conditions de retour du patient à domicile.

Le médecin traitant peut par ailleurs avoir été désigné par le patient en qualité de personne de confiance et visiter le patient à ce titre.

Les journalistes

L'enjeu sera ici, outre la préservation de la tranquillité du patient, de protéger l'intimité de sa vie privée de la curiosité journalistique.

Le patient et l'hôpital doivent avoir donné leur accord exprès à la venue des journalistes :

« Les journalistes, photographes et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur » (art. R. 1112-47, CSP).

Il convient de se référer à la décision souvent citée de la Cour d'appel de Paris du 17 mars 1986 (arrêt « Chantal Nobel », v. supra) attribuant à la chambre de l'hospitalisé les caractères d'un domicile⁶⁹, la chambre constituant un lieu d'intimité dans lequel il doit être permis au patient hospitalisé de rencontrer les siens et ainsi de mener une vie privée et familiale normale⁷⁰, sans être importuné, et où il peut décider de recevoir ou de ne pas recevoir.

⁶⁹ Cour d'appel de Paris, 17 mars 1986, Assistance publique de Paris / X. et autres

⁷⁰ Il peut ainsi « recevoir » dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées (Charte du patient hospitalisé, IX)

La capture d'images du patient à l'hôpital n'est possible qu'avec son consentement écrit et préalable (ou celui du représentant légal s'agissant d'un patient mineur).

Les démarcheurs et agents commerciaux

Il revient à l'hôpital de protéger les patients de la venue de démarcheurs susceptibles de les importuner ou de profiter de leur état de faiblesse ou de leur fatigue.

Dans ce cas également, le patient doit donner son accord pour que les démarcheurs ou autres agents commerciaux puissent accéder à lui et ceux-ci doivent avoir une autorisation écrite du directeur.

Les ministres du culte

Le code de la santé publique prévoit que « *Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix* » (art. R. 1112-46).

Les représentants des cultes sont admis à toute heure du jour et de la nuit, surtout si l'état du patient s'aggrave.

En pratique, plutôt que « *par une demande adressée à l'administration de l'établissement* », c'est par l'intermédiaire de l'équipe infirmière ou de l'accueil de l'hôpital, par voie d'affichage ou par le livret d'accueil, que les contacts peuvent être pris avec les aumôniers. La liste et les coordonnées des aumôniers doit être utilement affichée dans le service.

La visite des ministres du culte – ou le cas échéant d'« *auxiliaires du culte* » – fait suite à une demande du patient et non à l'initiative du ministre du culte.

Les notaires

Les notaires peuvent avoir accès aux patients hospitalisés qui en font la demande⁷¹.

Le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit que « *les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du groupe hospitalo-universitaire afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoins à l'expression et au recueil de leurs volontés* » (article 196).

L'appréciation de la lucidité du patient lors de la conclusion d'un acte juridique imposant son consentement libre et éclairé relève de la responsabilité professionnelle du notaire.

Police et gendarmerie

L'intervention des services de police ou de gendarmerie s'effectue en vertu de procédures spécifiques, distinctes de celles des visites à proprement parler. L'administration hospitalière peut néanmoins encadrer leur déroulement afin d'éviter des débordements de nature à troubler la tranquillité des autres patients.

⁷¹ Lettre-circulaire n° 1034/DH9C du 14 octobre 1983

Les mandataires judiciaires de protection des majeurs

Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM), qu'ils exercent dans des services mandataires, en qualité de préposés d'établissement, ou comme mandataires individuels, ont un rôle essentiel pour le maintien des liens relationnels de personnes souvent dépourvues d'entourage et qui nécessitent une assistance pour gérer différentes formalités et démarches de la vie quotidienne.

Pour accéder aux patients, les mandataires exerçant à titre individuel doivent se munir de leur arrêté d'agrément et d'une décision judiciaire attestant de leur qualité de mandataire.

Les préposés d'établissement et les délégués des services mandataires doivent pour leur part se munir de l'attestation délivrée par leur employeur et d'une décision judiciaire attestant de leur qualité de mandataire, si possible concernant la personne concernée par leur visite.

Les curateurs ou tuteurs n'exerçant pas à titre professionnel et qui se déplacent auprès des personnes placées sous leur responsabilité doivent de même justifier de la décision de justice leur confiant cette fonction.

9 La visite et la prévention des risques

Le droit des visiteurs à pouvoir accéder aux patients hospitalisés peut être restreint pour prévenir des risques, notamment infectieux.

Il convient de rappeler que les infections résultant à l'hôpital de la venue des visiteurs sont des infections nosocomiales. Mais également que les patients eux-mêmes sont susceptibles d'être contagieux et que les précautions peuvent bénéficier aussi aux visiteurs⁷².

Par ailleurs, le risque infectieux lié à l'accès des visiteurs ne se limite pas au patient hospitalisé, mais également à ceux qui le cas échéant partagent sa chambre, ainsi qu'aux personnels.

Les restrictions et interdictions de visite pour ces motifs doivent donner lieu aux explications appropriées aux visiteurs.

Afin de prendre en compte les précautions d'hygiène, les unités doivent autant que possible être aménagées en fonction de la possibilité des visites.

L'accueil dans la chambre

En cas de pathologie infectieuse transmissible, il est recommandé au visiteur de renoncer à la visite. Par exemple en présence de symptômes : rhume, mal à la gorge, toux, fièvre, diarrhée, etc.

Mais même en dehors de tout contexte épidémique, la proximité du patient avec son entourage dans la chambre hospitalière peut être source d'infection.

Y compris en situation ordinaire, il est recommandé autant que possible de limiter le nombre de visiteurs dans la chambre à deux personnes.

La majorité des infections étant véhiculée par les mains, les visiteurs doivent se désinfecter les mains dès leur entrée dans la chambre à l'aide d'une friction avec un produit hydroalcoolique. Ils renouvelleront cette friction au départ de la chambre.

Il convient de recommander par ailleurs aux visiteurs de ne pas s'asseoir sur le lit et de se tenir à un mètre du lit du patient. Des fauteuils en nombre suffisant seront utilement disposés à cet effet dans la chambre.

Autant que possible, les visiteurs doivent s'abstenir autant que possible de toucher le malade et l'environnement matériel de la chambre.

En situation épidémique ou en toute circonstance qui le justifie, les visiteurs doivent revêtir des équipements de protection sur indication de l'équipe soignante : masque, etc. Mais y compris en unité de réanimation, la Société française d'hygiène hospitalière préconise de ne pas utiliser de protections vestimentaires systématiques pour les visiteurs au vu d'études concluant que sur ce point, le risque infectieux lié aux visites est non significatif ; les proches doivent en revanche respecter les isolements respiratoires (grippe, tuberculose) ou ceux liés aux bactéries résistantes aux antibiotiques, au *Clostridium difficile*, etc.

⁷² La circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 indique ainsi que « La présence du père, de la mère ou de toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant ne doit en aucune façon les exposer ni exposer l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses. Il est souhaitable, dans ce cas, qu'un membre de l'équipe médicale explique à ces personnes les raisons empêchant la visite et leur donne la possibilité de prendre des nouvelles de l'enfant en lui téléphonant »

Ces précautions sont bien entendu celles de l'équipe soignante soucieuse de limiter au maximum le risque nosocomial.

Elles doivent être placées en miroir d'une autre préoccupation majeure qui est la raison même de la visite : rompre l'isolement du patient et prévenir ses conséquences psychologiques néfastes, réduire son anxiété et la longueur des journées à l'hôpital et tout simplement permettre le plaisir naturel de retrouver ses proches ne serait-ce que sur une plage horaire limitée.

Elles doivent par ailleurs être adaptées à chaque situation : spécialité médicale et typologie des soins, état de santé du patient, existence d'un contexte épidémique, configuration des locaux, notamment.

Interdiction d'accueil des jeunes enfants

De manière générale, il est déconseillé d'autoriser l'accueil des jeunes enfants dans la chambre du patient. Un âge plafond de référence est généralement appliqué aux enfants de moins de quinze ans.

Il en est ainsi en raison des risques d'infection et de contamination dont ils peuvent être à l'origine, et qui sont liés aux promiscuités de la vie scolaire et plus généralement infantile.

Les interdictions en la matière doivent être modulées là également en fonction des circonstances et peuvent tolérer de nombreux cas d'exception⁷³ : visite de la jeune fratrie au nouveau-né, visite des jeunes enfants à un grand-parent durablement hospitalisé, à un enfant en séjour long de pédiatrie...

Des facilités de garde d'enfants par des personnes bénévoles au sein de l'hôpital peuvent permettre le cas échéant aux parents de visiter leur enfant hospitalisé sans les autres membres de la fratrie.

Encourager les visites à l'extérieur de la chambre

Les risques infectieux liés à la visite dans la chambre sont minorés lorsque la visite peut être effectuée dans un lieu dédié de l'unité ou de l'hôpital (« salon des familles » par exemple) ou à l'extérieur : jardin, parc.

Toutes initiatives en ce sens sont les bienvenues. Outre la prévention des infections, elles permettent de prévenir les situations dans lesquelles la visite en chambre gêne un voisin de chambre. Elles permettent également une plus grande intimité.

Les fleurs

L'apport de fleurs en pot par les visiteurs et leur conservation dans la chambre doivent être strictement proscrits en raison des bactéries et des champignons dont elles sont porteuses⁷⁴.

Il peut être admis, sans être recommandé, que les fleurs coupées soient autorisées, le cas échéant sous certaines conditions⁷⁵ : tiges enveloppées ; retrait systématique des fleurs fanées ; 3 ml d'eau de Javel dans l'eau des fleurs coupées, celle-ci devant être changée au moins toutes les 72 h. ; élimination de l'eau des fleurs dans le WC et non dans le lavabo du patient ; nettoyage systématique des vases ; désinfection des mains ; précaution de ne pas poser le vase sur la table de nuit ou près des effets personnels du patient.

⁷³ V. Longueville, « La visite de l'enfant en réanimation adulte : une visite préparée », Méd. Intensive Réa (2016) 25:597-603

⁷⁴ V. par ex. J. Kentouini-Noly, « Faut-il interdire les fleurs à l'hôpital », Revue des professions de santé n° 40, janvier/février 1985, p.53 à 59

⁷⁵ V. par ex. P. Ista, C. Guillaume, « Les fleurs à l'hôpital : un risque réel ? », infirmiers hygiénistes au Grand Hôpital de Charleroi, La Revue francophone de la stomathérapie et soins de plaies, éd. AFISCeP.be, n° 11, juin 2011

Mais aussi bien les fleurs coupées que les fleurs en pot doivent être interdites dans les unités de soins accueillant des patients immunodéprimés ou fragiles : notamment celles prenant en charge de très jeunes enfants, des patients en unité de soins intensifs ou des patients greffés (ainsi en néphrologie, en hématologie et en oncologie par exemple).

Les décisions en la matière relèvent du chef de service. Elles doivent être clairement indiquées dans les documents d'information des familles sur les visites (affiche à l'entrée de l'unité, livret d'accueil), afin d'éviter des litiges, des incompréhensions et aussi des déceptions de l'entourage mal informé. Il faut indiquer à l'entourage qu'avant d'apporter des fleurs ou des plantes, il doit se renseigner auprès de l'équipe de soins.

L'introduction de denrées alimentaires

Apporter des « douceurs » au patient hospitalisé est un usage bien ancré dans les traditions hospitalières. Il se prolonge dans les initiatives des familles visant à améliorer « l'ordinaire » des patients (pizzas, burgers, etc.) et une restauration hospitalière souvent réputée moins appétissante que la cuisine familiale ou ordinaire, ou en décalage avec les habitudes alimentaires, culturelles ou religieuses des patients.

Cet usage s'inscrit dans l'humanisation des hôpitaux et contribue à adoucir le déracinement que constitue un séjour à l'hôpital. Il doit être considéré positivement. Mais il doit être contrôlé si besoin s'il vient contrarier une démarche de soins nécessitant au contraire pour être bien conduite et efficace un décrochage avec une alimentation problématique.

Le code de la santé publique n'évoque pas les aliments dans les interdictions applicables en la matière. Il ne cite que celles relative aux boissons alcoolisées et aux médicaments⁷⁶. En revanche le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit dans son article 154 que :

« Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire ».

Le Comité de Liaison Nutrition Alimentation (CLAN) de l'AP-HP a établi des recommandations en 2016⁷⁷. Il rappelle de manière générale les prescriptions du règlement intérieur de l'AP-HP (art. 154).

Les proches sont autorisés à offrir de la nourriture venue de l'extérieur à condition de se conformer au régime alimentaire prescrit par la diététicienne et le médecin sous le contrôle du cadre de santé.

Pour autant, dès lors que le patient n'est pas soumis à un régime alimentaire particulier (ou dans le respect de ce régime alimentaire), les règles suivantes s'appliquent pour la consommation d'aliments et de préparations culinaires autres que ceux fournis par l'hôpital ou encore commandés à l'extérieur :

- L'équipe soignante doit être informée des aliments, boissons ou préparations culinaires qui proviendraient de l'extérieur. Elle doit le mentionner dans le « dossier patient ». Le cas échéant, elle indiquera au patient s'ils sont compatibles avec son régime alimentaire ou strictement contre indiqués ;
- Les aliments et préparations, qu'ils soient froids (à maintenir entre 3 et 5°) ou chauds (plus de 63°) doivent avoir été acheminés dans de bonnes conditions : par exemple, sac ou boîte isotherme avec ou sans glaçon artificiel, glacière... ;

⁷⁶ Art. R. 1112-48 du code de la santé publique : « Les visiteurs [...] ne doivent pas introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments » (art. R. 1112-48, CSP)

⁷⁷ AP-HP/CLAN, « Consommer des aliments ou des boissons apportées de l'extérieur : un risque à éviter », 2016

- Ils doivent être consommés très rapidement (deux heures maximum) et ne pas être conservés pour une consommation ultérieure ;
- Ils ne doivent pas être partagés avec d'autres patients / résidents ;
- Les restes doivent être systématiquement jetés.

Les denrées alimentaires classées dans la catégorie « conservation à température ambiante » (gâteaux secs, chocolat...) peuvent être consommées après vérification de leur date limite d'utilisation optimale (DLUO).

Leur transport ne nécessite pas de précaution particulière.

Tout prestataire de service-livreur de pizza, etc..., même appelé par le patient, doit nécessairement s'adresser à l'infirmière ou au cadre de santé pour prévenir de son arrivée dans le service et dans la chambre. Car l'infirmière doit contrôler auprès des fournisseurs l'apport extérieur de nourriture.

L'introduction d'alcool et de toxiques

L'alcool est interdit au sein de l'hôpital⁷⁸.

L'article R. 1112-48 du code de la santé publique prévoit que « *Les visiteurs et les malades ne doivent pas introduire dans l'établissement (des) boissons alcoolisées* ».

De manière générale, les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire⁷⁹.

Les boissons introduites clandestinement doivent être restituées aux familles et visiteurs ou à défaut détruites. En cas de découverte au sein de l'hôpital de produits stupéfiants sur un patient (ainsi par ex., lors de la réalisation d'un inventaire effectué aux urgences), la direction de l'hôpital doit être informée de la situation dans les meilleurs délais. Un rapport écrit doit être établi, décrivant les circonstances de cette découverte. Un inventaire des produits découverts doit être dressé. Les produits doivent être « confisqués » par la direction de l'hôpital en vertu de ses pouvoirs de police interne, et elle doit les placer à l'abri au coffre de l'hôpital. En aucun cas, cette conservation ne doit s'effectuer dans les pharmacies à usage intérieur ou dans les coffres de stupéfiants à caractère médical. La découverte doit être signalée aux services de police conformément à l'article 40 du code de procédure pénale.

La direction doit informer par écrit le commissariat de police, la gendarmerie ou le procureur de la République sur les circonstances de la découverte et leur remettre la drogue sans révéler l'identité du patient. Elle demandera un récépissé à la police précisant la date de la remise et la quantité de produits remise. Au cas où il est décidé de transporter les produits stupéfiants au commissariat, il est important de le prévenir au préalable, afin d'éviter toute difficulté.

La révélation de la découverte de stupéfiants n'exonère pas le personnel hospitalier de son obligation de secret professionnel à l'égard du patient (art. 226-13, C. pén.)⁸⁰. Aucune disposition légale ne prévoyant la levée du secret professionnel en cas de détention illicite de stupéfiants, l'identité du patient concerné par la découverte des produits ne doit donc pas être divulguée, y compris en cas de

⁷⁸ Art. R. 1112-48 du code de la santé publique et art. 34 du règlement intérieur de l'AP-HP

⁷⁹ Art. 154 du règlement intérieur de l'AP-HP

⁸⁰ Ceci quelles que puissent être les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale : « (...) Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

V. Instruction DGOS/DSR/Mission des usagers/2011/139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé

découverte de stupéfiants « in corpore ». Il n'est donc a priori pas possible de dénoncer la personne porteuse de drogue aux services de police⁸¹.

Si à la suite de la remise des stupéfiants à la police, celle-ci décide d'ouvrir une enquête pénale, les règles générales relatives aux relations entre les services enquêteurs et les professionnels hospitaliers s'appliquent, notamment en matière de réquisition et de saisie-perquisition.

L'introduction de médicaments

Les visiteurs sont susceptibles d'apporter au patient hospitalisé des médicaments – composantes le cas échéant d'un traitement lourd – prescrits dans le cadre de leurs soins à domicile.

La consommation « clandestine » de ces médicaments pendant le séjour hospitalier, en sus du traitement fourni par l'hôpital, est potentiellement dangereuse et ne peut être admise. L'équipe hospitalière doit en toutes circonstances en être informée, le cas échéant par les proches (situation d'une personne âgée désorientée).

L'article R. 1112-48 du code de la santé publique prévoit que :

« Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement (des) médicaments, sauf accord du médecin (...) ».

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé évoque la gestion du traitement personnel du patient parmi les étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Il prévoit qu'« une attention particulière doit être portée sur : les médicaments à risques et les patients à risques, les traitements personnels des patients, etc. » (art. 8).

Son article 13 prévoit, s'agissant de la « gestion du traitement personnel du patient », que les modalités de gestion du traitement personnel des patients doivent être définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Il ne doit « être remis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur ont été prescrits dans l'établissement ».

Parmi les recommandations prônées par l'OMEDIT⁸² figure celle qui consiste à remettre à la famille les traitements personnels du patient ou à défaut à les conserver dans l'unité de soins, dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet, les médicaments étant bien entendu restitués au patient à sa sortie.

L'interdiction d'introduire des animaux domestiques.

Les visiteurs ne peuvent en principe introduire des animaux domestiques dans l'enceinte de l'hôpital et a fortiori dans les unités de soins (art. R. 1112-48, CSP). Il ne peut en être autrement que dans le cadre d'un projet thérapeutique dûment encadré.

Il existe une exception à cette interdiction : l'accès à un lieu ouvert au public à un chien guide d'aveugle est autorisé par le décret du 29 décembre 2005⁸³ et il ne peut être refusé à un visiteur aveugle

⁸¹ Courrier du Secrétaire général du CNOM au Directeur général de l'AP-HP, 19 avril 2006

⁸² V. http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5221.pdf.

L'OMEDIT est l'observatoire des médicaments et des dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques, rattaché dans chaque région à l'agence régionale de santé. Il a pour mission de favoriser le bon usage des produits pharmaceutiques par l'élaboration et la diffusion de référentiels pour les professionnels.

⁸³ Décret n° 2005-1714 du 29 décembre 2005 relatif à la carte d'invalidité et à la carte de priorité pour personne handicapée et modifiant le code de l'action sociale et des familles

accompagné de son chien guide. Ce chien guide peut être facilement identifié grâce au certificat d'identification national des chiens guides et d'assistance. Il peut être ainsi reconnu par le cadre de santé à l'entrée du service. Depuis 2015, un pictogramme créé par la Délégation Ministérielle à l'Accessibilité, la FACC⁸⁴ et la ANMCGA⁸⁵ facilite l'accès de toutes les personnes accompagnées de chiens guides à tous les établissements recevant du public, et en particulier à l'hôpital.



⁸⁴ Fédération Française des Associations de Chiens guides d'aveugles

⁸⁵ Association Nationale des Maîtres de Chiens Guides d'Aveugles

10 Visiteurs et accompagnants

Les règles et recommandations relatives aux visites du patient hospitalisé qui viennent d'être exposées n'épuisent pas, et de beaucoup, le champ des possibilités offertes aux familles d'accompagner et d'assister les patients sur le site de l'hôpital et pour le temps de leur séjour.

Au-delà de la régulation des visites, il importe, tout le long du parcours de soins, d'organiser véritablement la présence des accompagnants, « proches aidants », « aidants familiaux », contributeurs à l'éducation thérapeutique ou encore de la personne de confiance.

Les hôpitaux de notre temps organisent des séjours plus courts, les soins y sont plus intenses, les examens davantage répartis sur la journée. Dans les hôpitaux où les parents demeurent auprès de leurs enfants hospitalisés pendant l'essentiel de leur temps disponible, où les pères ou les seconds parents assistent aux accouchements de leurs compagnes et où les familles les plus attentives se relaient au chevet des leurs dans les allers et venues continus induits par les prises en charge ambulatoires, l'accueil de l'entourage doit être pensé et le cas échéant repensé dans chaque hôpital et chaque équipe.

Les technologies nouvelles doivent être utilisées autant que possible, même si rien ne remplace la présence physique des proches : la généralisation du téléphone portable permet de maintenir une proximité des patients avec leur entourage dans tous les moments de la vie hospitalière ; la crise sanitaire a fait récemment percevoir aux familles éloignées tout le bénéfice qui peut être tiré des visites virtuelles, par l'usage de tablettes numériques.

Enfin, il faut veiller à favoriser l'accompagnement du patient par ses proches à l'occasion des repas, moments importants de convivialité pouvant utilement mobiliser l'aide de l'entourage.

La présence du père ou du second parent lors de l'accouchement

Cette présence, devenue usuelle, est à la frontière de la visite et de l'accompagnement. Elle est peu documentée⁸⁶. Son importance a été reconnue lors de l'épidémie de covid-19, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ayant été alors amené à prendre une position⁸⁷, en soulignant

« la particularité qu'est l'événement de vie que représente une naissance, l'importance pour un couple de préparer ensemble les différents temps qui la précèdent et qui la suivent et le nécessaire accompagnement autour des enjeux psychiques de la périnatalité, (justifiant) la présence de l'accompagnant auprès des femmes enceintes dans les maternités françaises ».

Le CNGOF a jugé utile de faciliter cette présence possible de l'accompagnant aux consultations indispensables, lors des échographies, à l'accouchement ou lors du séjour en post-partum en fonction

⁸⁶ Rapport de l'Académie nationale de médecine, « De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités », septembre 2018

« Sur la nécessité de prises en charge adaptées aux situations médicales et aux attentes des patientes : Il est (...) souhaitable de préciser la place du père en salle de naissance, en particulier en cas de césarienne, et de respecter l'autonomie des femmes en ce qui « concerne la présence du père en cas de césarienne, section du cordon par le père » (pages 11 et 16)

Guide HAS, Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, mars 2014

« Amélioration, communication : Les actions d'amélioration identifiées lors de l'analyse des pratiques sont hiérarchisées collectivement et les priorités sélectionnées par l'équipe font l'objet, selon les moyens locaux, d'un plan de mise en œuvre, comportant des objectifs précis et mesurables. À titre indicatif, il peut s'agir : (...) de l'augmentation de l'implication du père » (p. 22).

⁸⁷ Position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de covid-19, 27 avril 2020

des conditions locales, une durée de visite limitée pouvant s'appliquer en fonction des contraintes de chaque structure. La présence de l'accompagnant doit également être possible lors de la césarienne, selon les habitudes de l'équipe et si les conditions locales le permettent. L'accompagnant doit dans ce cas porter une tenue de bloc et laisser ses vêtements et objets personnels (clefs, téléphone portable, ...) dans un vestiaire.

Les accompagnants aux urgences

Les accompagnants contribuent par leur présence, leurs attentions, les indications qu'ils peuvent donner aussi bien au patient qu'à l'équipe médicale, à la qualité de la prise en charge du patient en structure d'urgence.

Leur présence peut dans certaines situations y nuire : interférences inappropriées dans la prise en charge médicale et soignante, comportement source d'agressivité, de violence et d'anxiété, etc.

Une Charte sur la place des accompagnants dans les services d'urgences (v. infra) a été établie en 2025 par l'AP-HP à l'attention des services d'urgences. Il importe de la faire connaître – par tout moyen : affichage, etc. – aux équipes médicales et soignantes, aux patients et à leur entourage.



CHARTRE

PLACE DES ACCOMPAGNANTS

DANS LES SERVICES D'URGENCES À L'AP-HP

» Cette charte affirme la place des accompagnants des patients dans les services d'accueil des urgences (SAU). L'AP-HP considère les accompagnants comme de véritables acteurs contribuant à l'amélioration de la prise en charge du patient.

1. La définition d'un accompagnant

- L'accompagnant est celle ou celui qui accompagne le patient qui se présente à l'accueil du service d'urgence : personne qui exerce l'autorité parentale, membre de la famille, ami, voisin, collègue de travail, etc. L'accompagnant n'est pas forcément la personne à prévenir, la personne de confiance ou l'aidant du patient en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap.
- Le patient majeur fait connaître son acceptation tacite ou expresse de la présence de l'accompagnant, s'il est en capacité de s'exprimer.

2. Le rôle de l'accompagnant

- L'AP-HP reconnaît la place des accompagnants de tout patient se présentant à l'accueil d'un service d'urgence dans le respect des impératifs liés aux soins.
- L'accompagnant ne peut pas donner de traitement médicamenteux personnel au patient (ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'arrivée aux urgences).
- L'accompagnant peut assurer un rôle d'information dans la remontée des antécédents et des suspicions d'allergies médicamenteuses à l'équipe du service.
- La présence de l'accompagnant ne doit jamais perturber ni la prise en charge des autres patients, ni les missions de l'ensemble des équipes du service. À défaut, l'accompagnant pourra être invité à quitter le service.

3. L'accueil de l'accompagnant dans le SAU

- Chaque service d'urgence identifie les meilleures manières d'intégrer les accompagnants au parcours des patients dans le service. Elles sont réévaluées périodiquement par l'encadrement du SAU, en prenant en compte la satisfaction des équipes. La commission des usagers et la direction en charge de la qualité du site ou GHU en sont a minima informées.
- La place des accompagnants des patients ayant des besoins spécifiques est fortement recommandée : patient mineur, patient en soins palliatifs, patient en situation de fin de vie, patient qui n'est pas à l'aise avec l'usage du français, patient en situation de handicap, patient présentant des troubles des fonctions cognitives et/ou en perte d'autonomie, patient accompagné par un ou plusieurs mineurs, patients souffrant de troubles psychiatriques.
- Dans les SAU pédiatriques, les accompagnants sont présents de droit pour accompagner les enfants y compris lors des soins, mais leur présence peut être limitée en fonction du flux et des espaces disponibles, et peut être refusée pour des motifs liés à la sécurité des soins.
- Les organisations sont définies en équipe au regard des contraintes architecturales propres à chaque service. Elles peuvent être adaptées à la fréquentation du service.
- Les informations sont délivrées aux accompagnants dans le cadre du respect du secret médical et après accord du patient.
- Une attention particulière est portée à la communication auprès de l'équipe de la présence d'un accompagnant, ainsi qu'à la traçabilité de celle-ci dans le dossier du patient. Les coordonnées de l'accompagnant sont inscrites dans le dossier du patient s'ils en sont tous les deux d'accord.
- Les conditions dans lesquelles le service d'urgence accueille les accompagnants sont affichées de façon visible à l'accueil du service. Le nombre maximum d'accompagnants par patient est également affiché.
- Chaque service d'urgence s'assure que les conditions d'attente des accompagnants soient bonnes et adaptées aux flux de patients, conditions équivalentes à celles des patients. L'accès à un point d'eau et aux sanitaires est signalé.

Cette charte a été signée en mars 2025 par Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP, et par le Pr Rémi Salomon, président de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP.

Pr Rémi SALOMON
Président de la Commission Médicale d'Etablissement
Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Nicolas REVEL
Directeur général
de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS





LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE DOIT SATISFAIRE DEUX IMPÉRATIFS



Vous assurer une alimentation adaptée (elle fait partie de votre prise en charge) dans un contexte médical : prendre en compte les besoins quantitatifs et qualitatifs liés à votre état de santé, veiller à la compatibilité avec les traitements qui vous sont prescrits ;



Respecter strictement la réglementation sanitaire.



Nous veillons
à ce qu'il en soit
ainsi pour votre équilibre
nutritionnel / alimentaire,
tout en prenant en
compte ce que vous
n'aimez pas.



Conformément au règlement intérieur de l'AP-HP, votre entourage et vous-même devez vous abstenir d'introduire à l'hôpital des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec le traitement proposé.



Pour autant, dès lors que vous n'êtes pas soumis à une alimentation thérapeutique particulière (ou dans le respect de cette alimentation) et pour garantir votre sécurité, **les règles suivantes s'appliquent pour la consommation d'aliments et de préparations culinaires autres que ceux fournis par l'hôpital. Que ceux-ci soient apportés par vous-même ou votre entourage, ou encore commandés à l'extérieur :**

- l'équipe soignante doit toujours être informée en amont si vous souhaitez recevoir des aliments, boissons ou préparations culinaires qui proviendraient de l'extérieur. Elle le mentionnera dans votre « dossier patient ». Le cas échéant, elle vous dira s'ils sont compatibles avec votre pathologie, vos traitements ou strictement contre indiqués ;
- les aliments et préparations, doivent être acheminés en respectant pour certains une température inférieure à 5°C (chaîne du froid) et pour d'autre supérieure à 63°C (chaîne du chaud) en utilisant un sac ou une boîte isotherme, une glacière avec glaçon artificiel, etc. ;
- ils doivent être consommés très rapidement (deux heures maximum) et ne pas être conservés pour une consommation ultérieure ;
- ils ne doivent pas être partagés avec d'autres patients / résidents pour qui, ils pourraient présenter un risque (allergie alimentaire ou incompatibilité avec leur état de santé) ;
- les restes doivent être systématiquement jetés ;
- favoriser les produits secs et de longue conservation.

Les denrées alimentaires classées dans la catégorie « conservation à température ambiante » (gâteaux secs, chocolat...) peuvent être consommées après vérification de leur date limite d'utilisation optimale (DLUO).

Leur transport ne nécessite pas de précaution particulière.

ASSISTANCE
PUBLIQUE

HÔPITAUX
DE PARIS

Retrouvez-nous sur aphp.fr



Crédits : AP-HP - Direction des affaires juridiques - Direction de la communication - Septembre 2025