

CARDOSO PINTO Clara

MEFFRE Julie

BETON Laura

Le droit de la santé en France :

:

Les droits des patients hospitalisés

Troisième année de licence Sciences Sanitaires et Sociales

Année scolaire 2013-2014

Sommaire

Sommaire	2
Introduction.....	3
I. Généralités sur le droit de la santé	4
1. Histoire du droit de la santé.....	4
a. Chronologie de ce droit.....	4
b. Différenciation entre le droit de la santé et le droit à la santé	5
2. Définitions des termes	6
II. Le droit des patients.....	8
1. La loi du 4 mars 2002.....	8
2. Les droits des patients.....	9
a. Les patients hospitalisés.....	10
b. Spécificités des enfants hospitalisés	10
III. Vers la mise en place d'une démocratie sanitaire.....	12
a. Principes généraux	12
b. Limites et difficultés rencontrées.....	13
Conclusion	14
Documents consultés	15

Introduction

Alors que de nombreuses questions relatives à la santé sont actuellement soulevées dans l'actualité, il semble important de revenir sur l'origine du droit de la santé et d'en cerner les principaux concepts. Nous avons donc décidé de traiter l'évolution du droit de la santé en France et de quelle manière les législations étaient appliquées dans les hôpitaux. Ainsi, nous verrons tout d'abord l'histoire du droit de la santé et ses généralités, puis nous étudierons les droits des patients hospitalisés relatifs à la loi du 4 mars 2002. Enfin, nous terminerons cette étude en évoquant le concept de démocratie sanitaire et ses difficultés de mise en œuvre.

I. Généralités sur le droit de la santé

1. Histoire du droit de la santé

a. Chronologie de ce droit

Dès le quatrième siècle avant J.C, des règles déontologiques de la pratique médicale sont soulevées par Hippocrate, et sont à l'époque individualisées. Elles s'expriment par la relation entre le médecin et le malade (cf. définition médecin-patient). Ce n'est qu'à l'antiquité gréco-romaine et au moyen âge chrétien qu'apparaît l'aspect communautaire de la santé. Celui-ci demeure encore dans nos sociétés et correspond à la dimension publique du droit de la santé (question de la prévention avec les vaccinations et les mises en quarantaine). La vision individuelle représente quant à elle, le secteur libéral de la santé (on parle de médecine curative, l'individu ne vient qu'en cas de maladie avérée) et exprime davantage l'idée d'un service entre un professionnel et un client.

La loi du 7 août 1851 est à l'origine du service public hospitalier en énonçant que « lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune ». Cette assistance médicale est affirmée par la loi du 15 juillet 1893 qui crée l'Assistance Médicale Gratuite (AMG), puis l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources qui peuvent être accueillies gratuitement dans les hôpitaux et hospices publics (loi du 14 juillet 1905). Ensuite l'article 179 de l'ancien Code de la famille et de l'aide sociale crée une aide sociale symbolisée par la carte d'invalidité. En 1928, les assurances médicales apparaissent et rendent plus accessibles les soins médicaux au monde du travail. Cela se traduit à terme par le préambule de la constitution de 1946 « La Nation garantit à tous [...] la protection de la santé ». Nous pouvons donc dire que le droit de la santé publique pourrait à la fois appartenir au droit public (relation entre l'individu et l'état) mais également au droit social (droit du travail, de la Sécurité Sociale, de la mutualité ou encore de l'aide sociale).

Le droit de la santé publique se présente sous trois formes :

- La police sanitaire, qui se rapproche de la notion d'ordre public sanitaire que nous étudierons dans la partie suivante. Elle a un but préventif (construction, alimentation, assainissement) mais lutte également contre la propagation des maladies par les mises en quarantaines.
- La surveillance des professions de santé (par les ordres corporatistes tels que l'université au Moyen Age et désormais les ordres professionnels).
- La gestion des institutions hospitalières, qui était au départ assurée par l'église et des fondations, et désormais par les collectivités locales et l'état.

b. Différenciation entre le droit de la santé et le droit à la santé

Afin de pouvoir étudier le droit à la santé, il faut retenir que le droit de la santé « est l'ensemble des règles applicables aux activités dont l'objet est de restaurer la santé humaine, de la protéger et d'en prévenir les dégradations. »¹ Ce droit englobe les organismes médicaux et hospitaliers et non pas ceux financiers et concerne toutes les catégories de personnes (riches/pauvres et aussi bien les malades que les « bien-portants »). Celui-ci se réalise grâce aux institutions, à des organismes préexistants et indépendants tels que la sécurité sociale ou encore avec le droit social.

Le droit à la santé apparaît quant à lui au lendemain de la seconde guerre mondiale, et se traduit au niveau international par la création de l'OMS, le 22 juillet 1946, qui a pour but de fournir pour chaque individu « La possession du meilleur état santé qu'il est capable d'atteindre (...) ». Ce droit est cependant relatif en fonction du pays de résidence et nous pourrions davantage employer le terme de droit aux soins. Cela est en corrélation avec l'article 25-1 de la Déclaration Universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 : « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé » puis l'article 1 de la charte sociale européenne du 18 octobre 1961 « l'exercice effectif du droit à la protection de la santé ».

¹ DE FORGES, Jean-Michel. Le droit de la santé. Que sais-je ? Presses Universitaires de France. 8ème édition mise à jour en octobre 2012.

Les principales valeurs du droit à la santé sont la disponibilité (installations, biens services en quantité suffisante en matière de santé publique et de soins de santé), l'accessibilité, l'acceptabilité (question de l'éthique médicale et prise en compte de la culture et des caractéristiques du patient) et enfin la qualité. Les éléments essentiels du droit à la santé sont l'accès aux soins de santé primaires essentiels; l'accès à une alimentation essentielle minimale nutritive; l'accès à des moyens d'assainissement; l'accès à de l'eau salubre et potable; et l'accès aux médicaments essentiels.

Finalement le droit de la santé serait approximativement « l'ensemble des règles juridiques applicables à la mise en œuvre du droit à la santé ».², c'est-à-dire que le droit à la santé serait un des présupposés du droit de la santé.

2. Définitions des termes

L'ordre public sanitaire tient sa définition de l'ordre public traditionnel qui est un mode de fonctionnement de l'état pour assurer la sécurité publique, la tranquillité publique, la salubrité publique en limitant l'usage des libertés dans des circonstances particulières contrôlées par le juge. A cette définition, s'est rajouté un quatrième concept qui est celui de la dignité humaine.

L'ordre public sanitaire reprend donc ces notions en relation au secteur sanitaire :

La salubrité publique est un ensemble de réglementations de police administrative concernant la prévention des risques sanitaires, qui sont considérés comme des troubles publics. En effet, la salubrité signifie ce que est favorable à la santé, sain. Cela correspond donc à des mesures d'hygiène afin d'améliorer la santé publique. L'article L2212-2 du Code général des collectivités territoriales affirme « Le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que (...) les maladies épidémiques ou contagieuses ... »

² *Loc. cit.*

Le rôle de la sûreté sanitaire est quant à elle d'assurer une vente de produits de santé et de médicaments sans danger pour les usagers. Cette notion est en lien direct avec la morale publique, c'est-à-dire « Le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés ».

Cela amène donc à l'idée de tranquillité sanitaire qui est, entre autre, la mise en place de structures adaptées pour l'accueil de personnes souffrant de troubles mentaux.

Pour finir, le principe de dignité humaine est une restriction des libertés individuelles, afin de respecter le principe de dignité, énoncé par le conseil constitutionnel du 27 juillet 1994 concernant des lois de bioéthique, notamment concernant la pratique médicale et les recherches médicales.

La relation médecin/patient est issue d'une nature contractuelle, c'est-à-dire fondée sur un contrat encadré par un régime juridique, énoncé par la cour de cassation le 20 mai 1936 : « il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat. »

Le médecin s'engage donc à procurer des soins au client, et assurer son suivi, qui doit quant à lui payer les honoraires. Ce contrat s'établit également entre le patient et une clinique ou un établissement de santé privé (ce qui est différent d'un établissement public où le patient est un usager du service public dans un cadre réglementé par le droit public).

La relation établit entre un médecin et un patient, que cela soit du ressort du domaine privé ou public, obéit à des principes communs énoncés dans la loi du 4 mars 2002, qui est exposé dans la partie suivante.

II. Le droit des patients

1. La loi du 4 mars 2002

Cette loi est présentée en 5 titres :

1- SOLIDARITE ENVERS LES PERSONNES HANDICAPEES

Les articles rappellent les principaux droits de la personne handicapée comme le droit au respect ou bien encore le droit à la solidarité de la société.

2- LA DEMOCRATIE SANITAIRE:

La deuxième partie de la loi concerne davantage les patients et les professionnels de la santé. Tout d'abord les principaux droits de la personne (voir partie suivante). Puis, la responsabilité des professionnels de santé concernant les erreurs médicales. Cette loi a également mis en place le vote annuel du financement de la sécurité sociale ainsi que la création des Agences Régionales de Santé qui doivent définir et mettre en œuvre les politiques régionales de santé.

3- QUALITE DU SYSTEME DE SANTE :

Cette loi a également mis en place un système d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des établissements. Lors d'un accident médical le patient dispose grâce à cette loi du statut de plaignant et peut avoir une indemnisation par conséquent. Les professionnels de santé sont soumis tout au long de leur carrière à une formation continue, en ce qui concerne la déontologie cette loi a permis la création des ordres dans le secteur paramédical comme l'ordre des soins infirmiers mis en place la loi du 21 décembre 2006 portant sur la création d'un ordre national des infirmiers.

4- REPARATION DES CONSEQUENCES DES RISQUES SANITAIRES :

Un patient peut porter plainte auprès de l'établissement ou l'un des professionnels de santé lors par exemple d'une infection nosocomiale et ces plaintes sont souvent réglées à l'amiable.

5- LES DISPOSITIONS RELATIVES A L'OUTRE-MER

Ce sont toutes les réglementations spécifiques des départements d'outre-mer. Dans cette partie de la loi il y a également un chapitre qui est consacré à chaque département d'outre-mer.

2. Les droits des patients

La première charte du patient hospitalisé date de 1974. Puis, cette charte a été remise au goût du jour après la promulgation de la loi du 4 mars 2002. Elle permet d'avoir un encadrement des rapports entre le patient et l'institution hospitalière et de connaître les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé.

Les droits des patients sont répartis en 3 parties.

- Droits fondamentaux de la personne
 - Egal accès à des soins appropriés
 - Principe de non-discrimination
 - Qualité et continuité des soins et sécurité sanitaire
 - Soins palliatifs et soulagement de la douleur
- Dignité et respect de la personne
 - Respect de la dignité de la personne
 - Respect de la vie privée
 - Respect de l'intimité
 - Respect des croyances et des convictions
 - Secret professionnel et confidentialité des données personnelles

- Information et consentement

- Information sur son état de santé
- Accès à son dossier médical
- Participer à la décision de soins
- Droit de ne pas savoir les informations concernant son état de santé
- Droit de refuser un traitement
- Droit de désigner une personne de confiance
- Protection de la personne incapable de consentir

a. Les patients hospitalisés

Le patient hospitalisé a des droits spécifiques :

- Le choix de l'établissement libre dans la limite des places disponible
- Le droit de quitter à tout moment l'établissement
- L'information sur les frais afférant sa prise en charge
- L'information sur les conditions de séjour
- Exprimer ses griefs

b. Spécificités des enfants hospitalisés

En ce qui concerne les enfants, il y également une charte européenne qui reprend les principaux droits des enfants hospitalisés. Cette charte date de 1988.

Cette charte comprend les droits suivant :

- L'admission à l'hôpital se fait seulement si les soins ne peuvent être prodigués à domicile ou en consultation externe
- L'enfant à le droit à la présence de ses parents ou un autre membre de la famille
- Encourager les parents de rester auprès de l'enfant sans qu'il y est un impact financier ainsi pour que les parents participent aux soins de leur enfant
- L'enfant et les parents ont le droit de recevoir des informations concernant la maladie et les soins prodigués à l'enfant, en réduisant au minimum l'impact que cela peut avoir sur l'enfant au niveau physique et psychologique
- Enfant et parents doivent être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins
- L'enfant doit être dans un service à part adaptés aux besoins de ce public
- L'équipe soignante doit être formée pour répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de la famille
- L'équipe soignante doit assurer la continuité des soins pour chaque enfant
- L'intimité de chaque enfant doit être respectée
- Droit à un suivi scolaire

Nous allons observer la manière dont la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des patients et au système de santé, a participé à l'élaboration d'une démocratie sanitaire.

III. Vers la mise en place d'une démocratie sanitaire

a. Principes généraux

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, inscrit donc officiellement une démocratie sanitaire dans le fonctionnement du système de soins français. Cette dernière a pour but de valoriser la participation des usagers vis-à-vis du système de santé, en réaffirmant et en renforçant notamment les droits subjectifs des patients.

L'origine de cette démarche s'articule autour de la représentation et de la place du professionnel de santé dans la relation médecin-patient. En effet, longtemps considérée dans son rôle traditionnel de soin et de prévention, la médecine aurait profité de cette position pour étendre son pouvoir sur la société et ainsi instaurer une relation de domination vis-à-vis du patient. Ce pouvoir, s'étant trop souvent caché sous une certaine bienfaisance, aurait conduit le médecin à penser les intérêts du patient sans forcément prendre en compte son avis. La nécessité d'équilibrer cette relation s'est ainsi imposée, afin d'éviter que le médecin n'exerce ses pouvoirs de manière isolée.

L'instauration juridique de cette démocratie sanitaire (Titre 2 de la loi du 4 mars 2002) s'établit à trois niveaux différents :

- Les droits individuels des patients lors de leur relation avec le pouvoir médical et leur implication directe dans la décision diagnostique ou thérapeutique qui les concerne.
- Les droits collectifs des usagers et leur représentation dans les instances de décision et de consultation des établissements de santé.
- Les procédures contradictoires permettant aux citoyens de prendre part aux débats sur les questions de santé publique.

[Source : Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État, EA505]

L'accent est en particulier mis sur les droits individuels des patients, parmi lesquels sont notamment soulignés le droit au respect et à l'intégrité du corps, le refus de toute discrimination en raison de l'état de santé, du handicap ou du patrimoine génétique, le respect du secret médical, ainsi que le droit à la qualité, à la sécurité et à la continuité des soins.

b. Limites et difficultés rencontrées

Malgré son affirmation au niveau législatif, la mise en place d'une telle démocratie reste actuellement encore difficile, si bien qu'elle est aujourd'hui plus considérée comme fictive que réelle.

A l'heure actuelle, plusieurs contraintes peuvent en effet freiner la mise en œuvre de ce concept.

Concernant les droits individuels des malades, aboutir à un véritable équilibre des pouvoirs au sein d'une relation médecin-patient s'avère difficile. Une des erreurs serait notamment de croire que le patient serait toujours le seul apte à prendre une décision le concernant.

La cause pourrait être le manque d'expérience, de lucidité, ou encore un malentendu concernant les dires du médecin.

Favoriser l'écoute et le dialogue s'avère le seul moyen de trouver ce compromis difficile entre la nécessité de ne pas instrumentaliser le patient et la recherche d'autonomie de la part de celui-ci.

L'aspect financier joue également un rôle dans la mise en place d'une telle démocratie. En effet, les regroupements régionaux dont les missions portent sur les droits de la santé et qui ont été agréés ne disposent pas de budget suffisamment important (en moyenne : 30000 euros par an) afin de défendre ces droits de manière effective.

Des moyens financiers supplémentaires pourraient par exemple être utiles afin de mettre en place des formations de sensibilisation aux aspects importants de la démocratie sanitaire, auprès des personnels administratifs, des personnels soignants et des représentants des usagers.

Enfin, la création d'une charte, à l'image de celle du patient hospitalisé abordée précédemment dans ce document, relative à la démocratie sanitaire pourrait permettre à l'ensemble des individus concernés d'accéder plus facilement aux principes de cette légalisation, car ces derniers seraient alors affichés de manière concise et synthétique.

Conclusion

Nous pouvons donc constater que les rapports entre la médecine et le droit ont évolué au cours des siècles, en fonction notamment des contextes et des aspirations sociales de l'époque. Les avancées concernant le droit de la santé restent malgré tout assez récentes, ceci étant notamment dû aux progrès technologiques et médicaux ainsi qu'à une volonté croissante de protéger les individus en terme de droit face à l'acte médical. Récemment, les droits relatifs aux malades et à la qualité du système de santé ont été profondément modifiés par la loi du 4 mars 2002, en particulier en légalisant le concept de démocratie sanitaire. Aujourd'hui, cela fait maintenant plus de 10 ans que cette loi a été instauré, et il semblerait que cette démocratie sanitaire reste encore à construire.

Finalement, celle-ci dépend à l'heure actuelle de la capacité des citoyens et des acteurs de santé à se mobiliser, sans moyen financier dédiés, et sans toujours disposer d'une formation appropriée.

Documents consultés

ANTHROPOLOGIE SANTE. [en ligne, consulté le 7 octobre 2013] : <http://anthropologiesante.revues.org/1127>

BERTELLA-GEFFROY, Marie-Odile (2002, 15 dec). « Le point de vue d'un praticien sur les nouvelles dispositions concernant les risques sanitaires incluses dans la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades », Gazette du Palais, Paris, p. 45-48.

DE FORGES, Jean-Michel. *Le droit de la santé*. Que sais-je ? Presses Universitaires de France. 8^{ème} édition mise à jour en octobre 2012.

GUILLAUME-HOFNUNG, Michelle (2003 fev). « Droits des malades : vers une démocratie sanitaire ? », Problèmes politiques et sociaux, no 885, p. 83-109.

INITIATIVE-ETHIQUE. [en ligne, consulté le 7 octobre 2013] : <http://initiative-ethique.fr/2012/02/15/democratie-sanitaire-une-nouvelle-repartition-des-pouvoirs/>

LAJARGE Eric, DEBIEVE Hélène et NICOLLET Zhour. Aide-mémoire, Santé Publique. Dunod, la Gazette Santé Social. Février 2013. 247 pages

LEGIFRANCE. [En ligne, consulté le 02 octobre 2013] : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

PEDRO, Philippe. Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine. Ellipses. août 2006. 476 pages.

OMS. *Le droit à la santé*. Aide-mémoire n°323, novembre 2012 [en ligne, consulté le 18 septembre 2013] : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

Site officiel de la santé : SANTE.GOUV. [en ligne, consulté le 3 octobre 2013] : <http://www.sante.gouv.fr/>