

LA DEMANDE DE DOSSIER D'UN PATIENT DECEDE

(en application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des malades et du décret d'application n° 2002-637 du 29 avril 2002)

La loi du 4 mars 2002 introduit dans le Code de la Santé Publique une nouvelle culture des Droits de la personne et notamment, le secret professionnel est renforcé tandis que **le patient peut accéder directement aux informations de son dossier médical.**

En cas de décès, il conviendra donc de rechercher les éventuelles volontés exprimées par le patient avant son décès, mais aussi les droits et les motivations des ses ayants-droit demandant l'accès aux informations sur sa santé.

A - QUI PEUT ACCEDER AUX INFORMATIONS DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT DECEDE ?

- 1- **L'ayant-droit**, sous certaines conditions que nous verrons.
- 2- Eventuellement le médecin que l'ayant-droit a désigné comme **Médecin intermédiaire**.
- 3- A titre exceptionnel, pour des missions strictement nécessaires, des médecins n'ayant pas de mission de soins :
 - **Médecins conseils de Sécurité Sociale,**
 - **Médecins experts de l'ANAES,**
 - **Médecins de l'IGAS**
- 4- En cas de saisie judiciaire du dossier médical par commission rogatoire (officier de Police Judiciaire, présence d'un membre de l'Ordre, mise sous scellés...) le **Médecin expert** commis par le juge d'instruction.

Les autres médecins, le médecin traitant et, bien sûr, le médecin expert d'assurances ne peuvent en avoir directement communication. Seul le praticien désigné par le patient ou par sa famille a pu recevoir les informations sur son hospitalisation et l'évolution de sa santé.

B - QUI PEUT INTERDIRE L'ACCES AU DOSSIER DU PATIENT DECEDE ?

- 1- **Le patient lui-même**, avant son décès peut avoir exprimé une volonté contraire à cet accès (note manuscrite, mention reportée sur le dossier).
- 2- **Le professionnel de santé**, le directeur ou le responsable de **l'établissement de santé, l'hébergeur** du dossier de santé, si les conditions d'accès ne sont pas réunies.

C - LES CONDITIONS NECESSAIRES A LA DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS DU DOSSIER MEDICAL :

- **L'ayant-droit** (apparenté : enfant, parent, frère ou sœur ou non apparenté : conjoint, concubin, PACSé, légataire universel) :
 - doit justifier de *son identité et de sa qualité.*
 - doit préciser *par écrit*, lors de sa demande, **le motif** pour lequel il a

besoin de ces informations, information qui lui sont nécessaire pour :

- connaître les causes de la mort,
- ou défendre la mémoire du défunt,
- ou faire valoir ses droits (art. L1110-4§7 CSP)

- **Le refus** d'une demande d'accès à cet ayant-droit **doit être motivé** (par écrit), par le détenteur du dossier.

Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, **à la délivrance d'un certificat médical**, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical (article 7 du décret).

D - LE MEDECIN INTERMEDIAIRE :

Contrairement aux pratiques nécessaires auparavant, l'intervention du médecin intermédiaire est dorénavant **facultative** (si elle n'en reste pas moins souhaitable).

Il est nécessaire que le demandeur lui en fasse la demande expresse.

Qu'il indique au professionnel de santé ou à l'établissement de santé le nom et l'adresse de ce médecin.

Et que ce médecin accepte la mission de médecin intermédiaire.

Le détenteur des informations devra s'informer, avant toute communication, de la qualité de médecin du professionnel désigné comme intermédiaire. Rappelons) ce sujet que tout médecin en situation régulière d'exercice peut être désigné, et que, conformément à l'article 46 du Code de Déontologie Médicale, il doit remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuser si les siens ou ceux du groupement qu'il représente sont en jeu. Cette situation concerne notamment les médecins d'assurances.

E - QUELLES INFORMATIONS ?

Selon l'article L 1111-7 CSP, il s'agit de l'ensemble des informations concernant la santé de la personne qui :

- sont **formalisées** et qui « ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention,
- ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'explorations ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé,

- à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».

1 – Quid des informations formalisées ?

Ni la loi ni le décret ne précisent ce qu'il faut entendre par ces termes. Néanmoins lors des débats à l'Assemblée Nationale, le ministre de la Santé a clairement affirmé que « *les notes qui président à la rédaction définitive du dossier, les notes d'un étudiant ou les réflexions d'un médecin –cas de la psychiatrie par exemple – ne font pas partie de la formalisation du dossier* ».

Le critère de formalisation représentant un certain degré d'élaboration et de validation, se cumule avec l'exigence de la pertinence de l'information pour le diagnostic, pour le traitement ou avec l'existence d'échanges écrits entre professionnels de santé.

Dans les établissements de santé, publics ou privés, la liste des pièces et informations qui doivent figurer dans le dossier constitué à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une consultation externe est fixée par l'article R.710-2-2 du Code de la Santé Publique (modifié part. 9 du décret).

2 – Quid des informations recueillies auprès des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers ?

Il s'agit le plus souvent d'informations données par un membre de la famille, un salarié ou un employeur (médecine du travail), une assistante sociale, un enseignant (médecine scolaire)..., un autre médecin (maladie génétique dépistée chez le « probant »).

Le fait que ces informations proviennent d'un tiers doit être mentionné en regard, ce qui aura pour effet de la rendre non communicables (art. R710-2-2, modifié art.9 décret).

F – COMMENT DEMANDER EN PRATIQUE ?

1 – A qui est adressée la demande d'accès ?

- au professionnel de santé qui a pris en charge le patient.
- au directeur de l'établissement de santé ou à la personne désignée à cet effet (information portée dans le livret d'accueil...).
- à l'hébergeur des dossiers (organisme agréé ayant en dépôt les informations de santé informatisées, qu'elles soient confiées par les patients, les professionnels ou les établissements de santé). Dans ce deux cas, l'hébergeur ne peut communiquer sans l'accord du professionnel ou de l'établissement.

2 – La demande écrite doit préciser :

- l'identité du demandeur (art. 1 du décret)
- le motif de la demande.
- le mode de communication qu'il choisit :
 - la communication sur place (avec le cas échéant, remise de copies ou envoi, à ses frais, de copie des documents (art. 2 du décret).
- Le demandeur sera informé du nom du médecin qui lui communiquera les informations (cf. art.R 710-2-2 modifié du CSP).
- l'envoi de copies du dossier : il sera informé qu'elles sont établies sur un support analogue à celui utilisé par le professionnel ou su papier. A défaut de choix de sa part dans le délai imparti pour la communication, le demandeur recevra les informations sous la forme retenue habituellement par l'établissement (art. 3 du décret).

3 – La communication

Elle doit intervenir dans un intervalle de temps, compris entre 48 heures et 8 jours, qui court du jour de réception de la demande. Il importe donc de noter cette date sur le courrier reçu. Il est prudent de conserver l'enveloppe, notamment lorsque la date indiquée sur le courrier est largement antérieure à celle du cachet postal. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations ont été constituées depuis plus de cinq ans.