

[texte](#)

[article](#)

## **Accès au dossier médical: situation en prison, relations avec les sociétés d'assurance**

La question du droit d'accès au dossier médical fait régulièrement l'objet de débats passionnés entre les patients, les professionnels de santé et la société. Quelle question se posent dans les situations, notamment, de soin en prison ?

Par: Bernard Proust, Chef du service des urgences et de médecine légale, CHU de Rouen /

Publié le : 17 juin 2003

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

### **Fichiers**

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°15-16-17-18 \(12.98 Mo\)](#)

### **Poursuivre la réflexion**

*Intervention lors du 3e Colloque de Bicêtre Dossier médical, dossier infirmier : Pourquoi ? Pour qui ? organisé par l'Espace éthique en partenariat avec la Faculté de médecine Paris-Sud, la Faculté Jean Monnet et le GREBB, Paris 6 octobre 2000*

*Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°15-16-17-18, 2002. Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.*

La question du droit d'accès au dossier médical fait régulièrement l'objet de débats passionnés entre les patients, les professionnels de santé et la société. C'est une question complexe, qui ne peut être traitée sans faire référence à l'acte médical, à sa nature, à son

contenu et à sa finalité. En effet, c'est l'acte médical, dans une relation médecin-patient privilégiée, librement consentie, faite de confidences et empreinte de confiance, qui donne naissance au dossier médical et qui le nourrit. Le dossier, quel que soit son support, n'est qu'une photographie, plus ou moins fidèle, des informations recueillies et des soins prescrits au cours d'un acte médical.

## **Comment définir l'acte médical ?**

L'acte médical est par nature un acte de discrimination, et c'est là son danger, puisqu'il vise à identifier chez un individu ou dans une population les signes de maladies déjà installées ou susceptibles d'apparaître. La somme des informations détenues par les médecins sur leurs patients est considérable. Elles concernent l'identité des personnes malades, leur origine, leur situation familiale et professionnelle, leur état physique et mental, leurs mœurs, leur situation au regard de la loi (délinquant, dangereux, etc.). Il est même possible, par les examens génétiques, de dépasser la connaissance de l'être social pour saisir son destin biologique, c'est-à-dire son devenir.

Dans le cadre de la médecine de soins, l'objectif est de tenir compte des spécificités d'un individu ou d'un groupe pour lui accorder des avantages : il s'agit donc d'une discrimination positive.

Mais ces informations sont convoitées par d'autres, et pour d'autres objectifs. Les médecins ont une tendance naturelle à penser que le silence imposé par le secret professionnel prime sur toute autre considération. Hors du monde médical en effet, ceux qui convoitent ces informations ont peut-être d'autres intentions. Ce qui prime pour un directeur de prison, c'est la sécurité de son établissement ; pour un magistrat, c'est la recherche de la vérité ; pour un avocat, ce sont les droits de la défense ; pour un assureur, l'évaluation de l'assurabilité des personnes malades ou susceptibles de l'être, la recherche des fausses déclarations lors de la souscription d'un contrat ?

En l'absence de règles, le danger est de créer des discriminations négatives, c'est-à-dire des comportements qui aboutissent à distinguer un individu d'un autre, à son détriment, par des critères qui sont détournés de leur finalité première. Ces comportements peuvent être source d'exclusion.

La conservation de ces informations est pourtant une nécessité, dans l'intérêt des patients, celle de la continuité des soins, la sécurité sanitaire et l'obtention de prestations sur le plan social ou juridique. Le problème est de savoir qui peut accéder au dossier médical et pour quelle finalité. Le débat ne se limite pas au droit d'accès du patient lui-même et, dans certaines conditions, de ses ayants droit, qui est l'expression la plus revendiquée de son droit à l'information. Le débat doit aussi viser la protection des données médicales, le secret professionnel et la confidentialité vis-à-vis de tiers ne participant pas aux soins. Ce sont aussi des droits importants de la personne malade. C'est donc toute la question de la circulation des informations médicales et du secret partagé qu'il faudrait envisager. Elle prend toute son acuité en prison et dans les relations avec les sociétés d'assurance.

## **La situation en prison**

La question du droit d'accès au dossier médical en prison ne devrait pas, en théorie, poser de problème particulier, puisque le dispositif législatif de 1994 a transféré la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Désormais, chaque établissement pénitentiaire est relié à un établissement hospitalier qui est responsable de la prise en charge médicale des détenus, leur garantit, en principe, un accès aux soins équivalent à chaque citoyen et les mêmes droits. Il n'y a pas de dispositifs législatifs ou réglementaires spécifiques visant le dossier médical des patients détenus.

Malheureusement, il existe cependant un fossé entre les textes et la réalité. Les difficultés ne concernent pas le droit d'accès du détenu, qui doit emprunter les règles fixées par le décret du 30 mars 1992. Encore faut-il que le " médecin de son choix " accepte de se déplacer et soit autorisé à pénétrer à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire ! Plus graves sont les difficultés de fonctionnement inhérentes aux nombreuses contraintes du milieu carcéral, sources de tensions et de conflits auxquels il est difficile d'échapper. Il y a en effet un écart important entre l'évolution de la relation médicale en France et la situation du détenu.

La relation médecin-patient était autrefois verticale, gouvernée par le principe de bienfaisance, qui constituait le premier devoir déontologique du médecin. Elle s'est modifiée pour devenir presque horizontale, sous la pression du principe d'autonomie revendiquée par les usagers et consacrée par la jurisprudence, les textes législatifs et réglementaires.

S'il y a un lieu où l'autonomie des usagers a des difficultés à s'exprimer, c'est bien la prison le détenu étant privé de liberté. En prison, rien ne se fait sans l'accord ou la présence du personnel de l'administration pénitentiaire. Je n'en donnerai que deux exemples.

## **Les difficultés de l'accès aux soins**

Sans accès à l'acte médical, il n'y a pas d'accès à l'information médicale. En prison, il n'est pas possible de parler de libre accès aux soins, que ce soit à l'Unité de Consultations et de soins ambulatoires (UCSA), ou dans l'établissement de référence, le jour ou la nuit. En effet, tout détenu qui souhaite consulter un médecin doit en informer un surveillant et faire une demande écrite qui sera transmise au service médical. Une fois le courrier reçu à l'infirmerie, le détenu reste tributaire de celui qui lui ouvrira la porte pour se déplacer. Entre la volonté exprimée de voir un médecin et le rendez-vous, le délai est nécessairement plus long qu'en milieu normal, sauf lors de situations d'urgence. Certains médecins se plaignent de ce " filtre " qui ne prend pas suffisamment en compte l'état de santé du détenu. Les surveillants ont parfois tendance à relativiser la nécessité d'un entretien médical.

Le problème de la permanence médicale, notamment la nuit, se pose de façon aigüe « pour les urgences. Dans les établissements où il n'existe pas de médecin de permanence la nuit, le recours au centre 15 est nécessaire avec au moins deux difficultés : la première, pour le personnel pénitentiaire, est de savoir s'il doit alerter ou non le service d'urgence ; la seconde, pour le médecin, est d'accéder au dossier médical du détenu.

L'accès au plateau technique et aux consultations spécialisées de l'hôpital de proximité dit "

de référence " relève souvent du parcours du combattant en raison de la complexité des transferts de la prison vers l'hôpital. Ils nécessitent la coordination de trois administrations différentes : celle de l'établissement pénitentiaire, celle de l'hôpital et celle des forces de sécurité accompagnant le détenu. Ils sont coûteux en temps et en personnel, surtout si une hospitalisation est nécessaire. Quant aux quotas qui nous sont parfois imposés (n extractions ou n hospitalisations au maximum par jour) ils ne sont pas adaptés à l'exercice de la médecine. Le nombre limité d'escortes conduit à supprimer des rendez-vous, voire des hospitalisations programmées, au bénéfice des soins les plus urgents. Les délais d'attente augmentent pour de nombreux détenus, et il y a manifestement une perte de chance pour certains d'entre eux.

## **Les atteintes à la confidentialité et les convoitises que suscitent les informations contenues dans le dossier médical**

En faisant entrer l'hôpital public dans les prisons, la réforme de 1994 n'a pas résolu tous les problèmes liés au respect du secret professionnel. Il existe, en prison, une circulation inadaptée des informations médicales, circulation qui se fait trop souvent au profit de tiers, à l'insu ou au détriment du détenu, en raison même de sa condition. Ainsi, la présence d'un surveillant lors d'un soin ou d'une consultation, les demandes de renseignements sur l'état de santé d'un détenu émanant de l'administration pénitentiaire ou des autorités judiciaires directement à l'équipe soignante, constituent un accès indu à l'information médicale pour des personnes qui ne partagent pas le secret professionnel et ne bénéficiant pas d'un droit d'accès au dossier médical. Ce n'est pas parce que la sécurité est une priorité légitime des établissements pénitentiaires, que les surveillants doivent être considérés comme des " confidents nécessaires " à l'acte médical. Aussi, les professionnels de santé exerçant en prison doivent-ils être particulièrement vigilants pour rester dans leur rôle de soignant.

La prison est, par nature, un lieu de crise, parfois conflictuel, où s'affrontent trois missions de service public, qui ont chacune leur propre culture et leur propre échelle de valeur : la mission de soins organisée par l'établissement de santé, la mission de sécurité incombant à l'administration pénitentiaire et la mission d'enquête de la recherche de la vérité relevant des autorités judiciaires. Le respect des droits des personnes détenues malades passe par une séparation déontologique affirmée entre mesures sanitaires, mesures pénitentiaires et mesures judiciaires. Ainsi, les informations communiquées au directeur de prison, pour aménager les conditions de détention d'un détenu, ne doivent pas comporter de diagnostic médical. De même, les médecins des unités médicales, qui sont les médecins traitants des détenus, ne doivent pas accepter de répondre à une réquisition ou à une mission d'expertise judiciaire (le Code de déontologie médicale interdit d'être à la fois médecin traitant et médecin expert). Les autorités judiciaires ont la possibilité de désigner un autre médecin qui accomplira sa mission en tant que collaborateur de la justice. Il pourra, si sa mission le demande, examiner le détenu et se faire communiquer, par le détenu ou avec l'accord de celui-ci, les pièces médicales nécessaires à l'accomplissement de sa tâche. En effet, les médecins exerçant en prison doivent donner aux détenus, à leur demande, tous les certificats médicaux concernant leur état de santé pour faire valoir un droit : libre à eux de le confier au médecin expert, à leur avocat ou au magistrat chargé de leur dossier. En cas de refus, l'autorité judiciaire peut procéder à une saisie du dossier comme l'y autorise le Code de procédure pénale, en

présence d'un membre du Conseil de l'ordre des médecins.

## **Les relations avec les sociétés d'assurance**

Les assurances jouent un rôle important dans notre société en raison des prestations qu'elles sont amenées à servir à l'occasion des contrats souscrits par les citoyens : à la suite par exemple d'un accident de la circulation, dans le cadre d'un contrat d'assurance automobile, ou d'un décès, dans le cadre d'un contrat d'assurance vie.

Pour réaliser au mieux leurs missions, les sociétés d'assurance ont besoin de disposer d'informations médicales : dans le premier cas, pour connaître la nature du dommage et son lien avec l'accident, dans le second, pour connaître la cause du décès et rechercher une éventuelle fausse déclaration intentionnelle lors de la souscription du contrat. Celle-ci frapperait de nullité le contrat d'assurance. La preuve de la mauvaise foi pèse sur l'assureur.

Lors d'une expertise médicale visant à évaluer le dommage corporel ayant un lien direct et certain avec l'accident, dans le cadre de la loi du 5 juillet 1985, le blessé doit communiquer au médecin-conseil d'assurance toutes les pièces médicales lui permettant d'accomplir sa mission. Il s'agit le plus souvent de certificats médicaux et d'examens complémentaires qui ont été remis au blessé par les médecins qui lui ont donné des soins. Parfois, le blessé autorise le médecin qui assiste la société d'assurance à consulter son dossier médical. Ce médecin devient, d'une certaine façon, " le médecin de son choix " prévu par le décret du 30 mars 1992.

Cette interprétation, qui peut être jugée abusive, car elle n'est pas dans l'esprit du texte, ne pose généralement pas de problème, puisque cette communication se fait dans l'intérêt du malade pour des " intérêts légitimes ". Encore faut-il que le blessé ait connaissance du contenu du dossier médical pour que son autorisation ait un véritable sens ! En effet, dans certains cas, cette communication peut amener le médecin-conseil d'assurance à découvrir un état pathologique antérieur, non révélé lors de l'expertise, ayant joué un rôle direct et certain dans les séquelles imputées à l'accident.

L'Ordre des médecins s'oppose à cette communication en s'appuyant sur l'article 46 du nouveau Code de déontologie : " lorsque la loi prévoit qu'un patient peut avoir accès à son dossier par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci doit remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuser si les siens sont en jeu. " L'Ordre estime que les intérêts du médecin-conseil de compagnie d'assurances sont en jeu lorsqu'il exécute une mission à la demande d'une compagnie. Si la communication du dossier est refusée, la société d'assurance peut toujours avoir recours à la voie contentieuse, c'est-à-dire à l'expertise judiciaire.

La recherche d'un état pathologique antérieur ou d'une fausse déclaration dans le cadre d'un contrat d'assurance vie, est une situation encore plus délicate. Lors de la souscription du contrat, le médecin procède à un interrogatoire détaillé et à un examen clinique complet, qui lui permettent parfois de dépister les signes d'une maladie qui n'a pas été déclarée. Mais en aucun cas, il ne peut consulter le carnet de santé, même avec l'autorisation du souscripteur, sous peine de violation du secret professionnel. Après son décès, le problème reste entier, puisque le Conseil national de l'ordre des médecins et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) s'opposent à ce que le médecin désigné par une

compagnie d'assurance puisse avoir accès au dossier médical, même avec l'accord des ayants droit.

La clause contractuelle visant à autoriser l'assureur à interroger le médecin en cas de décès paraît d'une légalité douteuse. Le médecin traitant a toutefois la possibilité de rédiger un certificat médical indiquant que " la cause de la mort est étrangère aux critères d'exclusion figurant dans le contrat ", si c'est le cas. Comme dans la situation précédente, la compagnie d'assurance peut demander une expertise judiciaire pour accéder au contenu du dossier médical : en effet, dans la mesure où celle-ci se doit d'être contradictoire, un médecin-conseil y assistera et obtiendra l'information qu'il cherche, mais au prix d'une procédure plus lente et plus coûteuse.

En ce qui concerne les ayants droit, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) s'est déclarée favorable à la communication du dossier médical d'un patient décédé à la famille sous trois conditions : que l'administration concernée n'ait pas connaissance d'un litige entre les ayants droit du patient décédé ; que la personne décédée n'ait pas exprimé de son vivant son opposition à une telle communication ; que son médecin traitant n'estime pas cette communication impossible au vu des secrets dont il a été dépositaire.

Le législateur a voulu que le patient (ou ses ayants droit légitimes) ait accès au dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin librement choisi. Cela peut être le médecin traitant, ou un autre médecin, avec les réserves de l'article 46 du Code de déontologie médicale. Mais, en vertu du principe d'autonomie, c'est au patient lui-même (ou à ses ayants droit) de décider de l'utilisation des informations transmises, de les communiquer ou non au médecin de la société d'assurance.

- [Page précédente](#)
- [Page 1/3](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire