

## II. – LIBRE CHOIX DU PRATICIEN ET DISCRIMINATION À L'ENCONTRE D'UN AGENT DU SERVICE PUBLIC

### A. – LES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT LIBRE CHOIX, INFORMATION ET CONSENTEMENT, REFUS DE SOINS

Le malade a le libre choix de son praticien et de son établissement de santé ainsi que le droit d'information et de consentement aux soins.

L'article L. 1110-8 du code de la santé publique dispose ainsi que le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un droit fondamental de la législation sanitaire.

Le Conseil d'Etat a affirmé qu'il s'agissait d'un principe général du droit (18 février 1998, section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins).

L'article R. 1112-17 du même code indique que « dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis ».

En outre, l'article L. 1111-4 du code de la santé publique précise que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Cet article indique également : « Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

L'article R. 1112-43 du même code expose que « lorsque les malades n'acceptent pas le traitement, l'intervention ou les soins qui leur sont proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le directeur après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès verbal de ce refus est dressé ».

### B. – DISCRIMINATION À L'ENCONTRE D'UN FONCTIONNAIRE, AGENT PUBLIC ET AGENT D'UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Il convient que dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, le malade puisse, en dehors des cas d'urgence, choisir librement son praticien, son établissement et éventuellement son service. Toutefois, ce libre choix doit être exercé par le malade et non par un parent, un proche ou la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ; il doit au surplus se concilier avec diverses règles telles que l'organisation du service ou la délivrance des soins.

En ce qui concerne l'organisation du service, le libre choix du praticien par le malade ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité prévues à l'article L. 6112-2 du code de la santé publique.

En matière d'organisation des soins, il convient de rappeler que le malade est soigné par une équipe soignante et non par un praticien unique, ce qui a notamment des conséquences en termes de secret médical qui ont été admises par la jurisprudence et qui sont désormais reprises à l'article L. 1110-4, alinéa *in fine* du code (« lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe »).

En outre, le libre choix exercé par le malade, ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants. Dans ce dernier cas, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires (art. R. 1112-49 du code de la santé publique).

Le Conseil d'Etat, dans une ordonnance en référé en date du 16 août 2002, a jugé que les médecins ne portent pas une atteinte grave et manifestement illégale à la liberté fondamentale que constitue le consentement à un traitement médical donné par un patient majeur, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer « lorsque après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ».

De même, l'article L. 1111-4 du code de la santé publique indique que « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

Enfin, ce libre choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à un acte de diagnostic ou de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier.

Je vous demande de veiller attentivement à l'application de ces dispositions et de m'informer des difficultés éventuelles que vous pourrez rencontrer à ce sujet.

Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,*  
J. CASTEX

*Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de l'organisation  
du système de soins

Bureau O2

## **Circulaire DHOS n° 2005-80 du 10 février 2005 relative à l'auto-évaluation par les établissements de santé de la mise en œuvre de la politique de lutte contre le tabagisme**

NOR : SANH0530057C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

*Date d'application* : immédiate.

*Références* :

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ;

Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique ;

Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil dans les établissements de santé ;

Circulaire DGS/DH n° 330 du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé ;

Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie ;

Circulaire DHOS n° 168 du 29 mars 2004 relative à l'auto-évaluation par les établissements de santé de la mise en œuvre de la politique de lutte contre le tabagisme.

*Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales d'hospitalisation (pour diffusion aux établissements) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux et les directeurs des établissements de santé (pour mise en œuvre).*

### **Le contexte**

La lutte contre le tabagisme demeure une des priorités gouvernementales de santé publique, et s'inscrit directement dans le plan gouvernemental de la lutte contre le cancer.

La loi du 10 janvier 1991 et le décret du 29 mai 1992 cités en référence, ont fixé les modalités d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

La circulaire du 8 juin 1999 a souligné l'importance de l'hôpital qui, par son exemplarité en matière de santé et lieu référentiel du public par excellence, sert d'appui à cette politique.

La circulaire DH/EO2/DGS du 3 avril 2000 a rappelé le rôle de l'hôpital dans la mise en œuvre d'actions de sensibilisation, d'information et de prévention en direction des soignants, des malades et des visiteurs. A ce titre, d'ores et déjà, de nombreuses actions ont été mises en œuvre par tous les hôpitaux qui se sont engagés à des niveaux et sur des plans divers dans la lutte contre le tabagisme.

En ce sens, le Réseau hôpital sans tabac, créé en 1997, soutenu par la fédération hospitalière de France, fédère à ce jour 500 établissements de santé, publics ou privés, qui se sont engagés en

adoptant la charte en dix points « hôpital sans tabac ». L'objectif du RHST est d'apporter ses services à tous les établissements de santé pour qu'à terme, la totalité des hôpitaux deviennent « sans tabac ».

Aussi afin de soutenir les efforts engagés par les établissements, l'auto-évaluation lancée en 2004 est renouvelée en 2005. Cette opération vise à aider l'ensemble des établissements de santé :

- à procéder à l'auto-évaluation de leur politique de lutte contre le tabagisme ;
- à les guider dans l'élaboration d'un plan stratégique de réduction du tabagisme.

De plus, cette opération s'intègre dans la démarche des pays de l'Union européenne réunis à Helsinki en 2003 pour mettre au point un questionnaire standardisé, joint en annexe et qui sera utilisé dans l'ensemble des pays membres, permettant ainsi, en plus d'une auto-évaluation nationale, de procéder à une comparaison européenne.

#### Méthode et échéancier

L'opération comporte trois volets :

Entre le 15 mars et le 10 mai 2005, il est demandé aux directions des établissements de procéder à l'auto-évaluation de leur politique de lutte contre le tabagisme en remplissant, directement sur le site internet du Réseau hôpital sans tabac, [www.hopitalsanstabac.org](http://www.hopitalsanstabac.org), le questionnaire prévu à cet effet. Exceptionnellement, un établissement qui ne disposerait pas d'internet peut demander une version imprimée au Réseau hôpital sans tabac qu'il renverra par fax après l'avoir complétée. Le résultat de l'évaluation, établi sur une échelle de 102 points, est disponible en temps réel, imprimé et conservé par l'établissement.

Le résultat global de l'enquête sera publié le 31 mai 2005 lors de la Journée mondiale sans tabac. Chaque établissement participant en recevra un exemplaire fin juin 2005.

A la suite de cette auto-évaluation, chaque hôpital définit ou actualise s'il a participé l'année précédente, son plan stratégique de réduction du tabagisme pour l'année. Ce plan se compose de 8 fiches éditées par le Réseau hôpital sans tabac, accompagnée du référentiel qui en explique l'utilisation. Un référentiel adapté aux établisse-

ments psychiatriques est également disponible. Ces documents sont accessibles sur le site du Réseau hôpital sans tabac. Celui-ci met en place une assistance téléphonique pour aider les établissements. Il est souhaitable qu'un effort particulier soit réalisé par les maternités, les hôpitaux pédiatriques ainsi que les hôpitaux psychiatriques pour aboutir le plus rapidement possible à des hôpitaux sans tabac.

Chaque établissement adresse au Réseau hôpital sans tabac, avant le 1<sup>er</sup> décembre 2005, son plan stratégique pour l'année en cours et à l'horizon 2006 en vue d'améliorer ses stratégies d'actions.

Le renouvellement annuel de cette auto-évaluation permet aux établissements de progresser par simple actualisation de leur plan stratégique au vu de leur nouveau score sur le questionnaire. Ils progressent ainsi par étapes successives vers une élimination du tabagisme, tout en facilitant et valorisant la participation de chaque service.

L'établissement de santé s'engage à participer à l'évaluation conduite pendant la durée de l'opération citée en référence.

Vous trouverez en annexe pour information, un spécimen du questionnaire européen des hôpitaux sans tabac.

L'analyse et le suivi de ces plans d'actions seront également assurés par le Réseau hôpital sans tabac. La conduite et la coordination de « l'auto-évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme », sont confiées à M. Jean-Patrick Deberdt, directeur des programmes du Réseau hôpital sans tabac (RHST), dont le président est le Dr François Chieze.

Tous renseignements complémentaires pourront être obtenus auprès du Réseau hôpital sans tabac (RHST), hôpital Broussais, Ilot des Mariniers, 102, rue Didot, 75014 Paris, tél. : 01-40-44-50-26, télécopie : 01-40-44-50-46 ou sur le site internet du Réseau hôpital sans tabac : [www.hopitalsanstabac.org](http://www.hopitalsanstabac.org), ou de M. J.-P. Deberdt : [jpdeberdt@hopitalsanstabac.org](mailto:jpdeberdt@hopitalsanstabac.org).

Je vous remercie pour l'aide que vous apporterez à l'équipe du Réseau dans la conduite de cette opération.

*Le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,  
J. CASTEX*

QUESTIONNAIRE D'AUTO-AUDIT  
 Evaluation des résultats : vers un hôpital sans tabac

	0	1	2	3	NA	Remarques
<b>1. Engagement</b>						
1.1 Les documents officiels de l'hôpital (contrats, documents publics, etc) mentionnent la politique sans tabac au sein de l'hôpital.						
1.2 Un comité de prévention du tabagisme a été désigné pour coordonner la politique sans tabac au sein de l'hôpital.						
1.3 Le président du comité est un cadre de l'hôpital.						
1.4 Des moyens financiers et humains spécifiques sont alloués dans le cadre du plan d'activité et/ou du contrat de l'établissement.						
1.5 Le personnel est conscient du rôle qu'il a à jouer dans la politique sans tabac de l'hôpital.						
<b>2. Communication</b>						
2.1 Personnel, patients et visiteurs sont informés de la politique sans tabac.						
<b>3. Education &amp; Prévention</b>						
3.1 Le personnel a été formé à intervenir auprès des fumeurs.						
3.2 Une formation en ce sens est proposée à tout le personnel.						
3.3 Le personnel clinique a reçu une formation aux techniques d'entretien ou de sevrage.						
3.4 La formation du personnel est comprise dans le temps du travail.						
<b>4. Identification des cibles &amp; accompagnement du sevrage</b>						
4.1 Il existe une procédure systématique pour identifier les patients fumeurs.						
4.2 Les techniques d'entretien de motivation sont utilisées pendant l'hospitalisation du patient.						
4.3 Des substituts nicotiques et/ou autre médicaments du sevrage sont disponibles.						
4.4 Une consultation tabacologique est à disposition du personnel hospitalier.						
4.5 Une consultation tabacologique est à disposition des patients (internes et externes).						
4.6 Une information sur le sevrage est disponible pour les visiteurs (parents, soignants)						
4.7 Des moyens spécifiques sont assignés au dispositif d'accompagnement du sevrage.						
4.8 Une procédure de suivi systématique à un an des patients est en place.						
<b>5. Contrôle du tabagisme</b>						
5.1 Il est interdit de fumer dans toutes les parties communes fréquentées par le personnel, les patients et les visiteurs.						
5.2 Les zones fumeurs éventuelles sont totalement isolées des zones non-fumeurs.						
<b>6. Environnement</b>						
6.1 Il existe une signalétique indiquant la politique sans tabac de l'hôpital et les zones non-fumeurs.						
6.2 Des cendriers ne sont disposés que dans les zones fumeurs.						
6.3 On peut acheter du tabac à l'intérieur de l'hôpital (0 = oui, 3 = non)						
6.4 Visiteurs et patients ne sont jamais exposés au tabagisme passif.						
<b>7. Un lieu de travail sans tabac</b>						
7.1 Les candidats sont informés de la politique antitabac pendant le recrutement.						
7.2 Les programmes de sensibilisation en cours sont ouverts au personnel.						
7.3 Le tabagisme du personnel fait l'objet d'un suivi régulier.						
7.4 Le personnel bénéficie d'un accompagnement vers le sevrage.						
7.5 Le personnel n'est jamais exposé au tabagisme passif.						
7.6 La politique antitabac est intégrée et appliquée selon les procédures disciplinaires en vigueur.						
<b>8. Promotion de la santé</b>						
8.1 L'établissement promeut les actions sans tabac dans son environnement.						
8.2 L'établissement participe à ces actions locales, nationales ou internationales.						
<b>9. Suivi</b>						
9.1 La politique sans tabac fait l'objet d'un audit et d'une évaluation régulière.						
9.2 La qualité du plan d'action est mesurée régulièrement.						
<b>TOTAL</b>						