



## La personne de confiance : une nouvelle prise en compte de la dimension sociale de la relation médecin-patient ?

● G. Moutel\*, C. Manaoui\*\*

**L**a loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit la notion de personne de confiance dans notre droit. Elle prévoit que celle-ci soit un intermédiaire privilégié pour représenter l'avis du patient et, à ce titre, puisse être consultée par le médecin, sans toutefois aller jusqu'à se substituer au consentement de la personne.

La loi française a fait le choix d'une conception large qui ne cantonne pas l'intervention de la personne de confiance aux situations extrêmes (patient hors d'état d'exprimer sa volonté ou pathologie particulièrement grave) mais l'étend aux situations quotidiennes en médecine. La personne de confiance est habilitée à seconder le patient dans son parcours au sein du système de santé, lors des consultations et hospitalisations, et à être ainsi informée en même temps que le patient. Par ailleurs, la loi prévoit que la personne de confiance soit "consultée" lorsque le patient se trouve dans l'incapacité d'exprimer son consentement. Ainsi, en France, la personne de confiance n'est pas seulement conçue pour pallier les situations "limites" mais également pour s'intégrer dans toute démarche de soins, dès lors qu'un patient souhaite être accompagné. Il est donc intéressant de s'interroger aujourd'hui sur la place de ce tiers dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et le patient.

Prenant acte d'une demande des professionnels de santé, des patients et de leurs familles d'être associés aux décisions médicales, en particulier dans des situations difficiles, le code de déontologie médicale, dans son article 36 issu de la dernière rédaction de 1995, prévoit que lorsque "le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité". La notion de personne de confiance fait suite, notamment, au code de déontologie médicale et à la charte du patient hospitalisé, qui prônent l'information du patient et ouvrent la porte à l'information des proches dans certaines situations.

\* Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale et Institut international de recherche en éthique biomédicale (IIREB), faculté de médecine, université Paris 5.

\*\* Consultation de médecine légale, CHU Nord, Amiens.

### PERSONNE DE CONFIANCE, ÉVOLUTION DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICOSOCIALE

Initialement, dans le projet de loi, la personne de confiance était uniquement désignée par le patient hospitalisé. Lors de la préparation de la loi, il a été évoqué la possibilité de désigner une personne de confiance en dehors des cas d'hospitalisation, c'est-à-dire en médecine de ville, ce qui fut retenu.

Une personne désignée antérieurement pourrait être utile pour accompagner le patient lors de soins en ville, mais également en cas d'hospitalisation en urgence d'un patient qui n'est plus en état de s'exprimer et ne peut donc pas désigner une personne de confiance à son admission.

C. Evin, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a souligné l'intérêt de la rédaction du Sénat, qui permet la désignation d'une personne de confiance en dehors des cas d'hospitalisation, compte tenu, notamment, du recours croissant à l'hospitalisation à domicile et des états de vulnérabilité.

Soulignons enfin le cas des personnes en perte de capacité intellectuelle. Il paraît souhaitable d'anticiper la désignation d'une personne de confiance quand le patient le peut encore (dès les premiers signes qui alertent le médecin sur une pathologie neurologique, de type Alzheimer). Il paraît impossible, quand la question se pose trop tardivement, d'effectuer une telle désignation, ce qui renvoie à la question de la tutelle.

### QUAND LA PERSONNE DE CONFIANCE DOIT-ELLE ÊTRE DÉSIGNÉE ?

#### Lors d'une hospitalisation

Lors de toute hospitalisation, la nomination de la personne de confiance est "proposée" au malade (article L 1111-6 CSP). Tel que cela est rédigé dans la loi, c'est une obligation pour les soignants de proposer le choix d'une personne de confiance, mais non assortie de sanction pénale en cas de carence. En revanche, le patient peut refuser d'opter pour une personne de confiance. Dans beaucoup d'établissements, cette désignation ne se fait pas encore systématiquement. Comment expliquer les résistances ? Peut-être s'agit-il d'une simple ignorance de la loi du 4 mars

2002. Les directions d'hôpitaux et les professionnels de santé se sont surtout préoccupés de l'accès direct au dossier des patients, objet de nombreuses demandes. Deux ans après la promulgation de la loi, il serait souhaitable que la désignation de la personne de confiance, mesure relativement simple et n'appelant pas de décret d'application spécifique, soit effective. Ce retard à la prise en compte de la personne de confiance peut être lié à la non-détermination des personnes chargées de mettre en œuvre ce dispositif (direction d'hôpitaux, médecin, infirmiers...).

Cette désignation a de telles conséquences pour le patient qu'elle ne saurait être "noyée" entre divers documents d'admission. Le rôle de la personne de confiance doit être expliqué au patient pour qu'il en comprenne les enjeux et qu'il puisse différencier la personne de confiance de la personne à prévenir, qui peuvent, en effet, être différentes.

Cette procédure n'est pas anodine, et devrait se faire lors d'un temps d'accueil ou de consultation. Ainsi, il serait souhaitable qu'un médecin ou tout autre personnel soignant explique au patient l'intérêt qu'il y a à nommer une personne de confiance. Il conviendrait qu'un document d'information sur le sujet soit remis au patient, afin de compléter l'information orale.

Le nom de la personne de confiance doit être noté dans le dossier médical (article R-1112-3 CSP). Il convient de prévoir une case spécifique dans tous les dossiers.

La désignation de la personne de confiance dans le cadre d'une hospitalisation est normalement valable uniquement pour la durée de la dite hospitalisation "à moins que le malade n'en dispose autrement" (article L-1111-6 CSP). À chaque nouvelle hospitalisation, il faut donc interroger le patient sur le nom de la personne de confiance, sauf s'il a expressément désigné une personne de façon pérenne.

### En médecine libérale

En ville, le médecin peut proposer au patient de désigner par écrit une personne de confiance. Cela peut l'aider dans la prise en charge de son patient. Ce tiers peut faciliter la mise en œuvre des conseils hygiéno-diététiques ou la bonne observance des prescriptions médicamenteuses, mais, également, le lien entre le patient et le médecin, surtout quand le patient est particulièrement fragilisé.

Cette désignation en médecine de ville pourrait avoir un intérêt lorsqu'un patient est hospitalisé en situation d'urgence, sans famille et inconscient, afin que l'équipe hospitalière, interrogeant le médecin traitant, puisse prendre en compte la personne de confiance désignée.

Répondant à la demande sociale, la personne de confiance apparaît donc comme un nouvel outil de la relation médecin-patient, qui peut être une aide précieuse pour les cliniciens dès lors qu'elle sera mieux intégrée aux pratiques.

Il convient d'évaluer les difficultés d'application dans le domaine de la médecine tout-venant, en particulier dans les situations de vulnérabilité médicale ou médicosociale, mais aussi dans les domaines plus spécifiques de la réanimation, de la fin de vie ou en gériatrie, par exemple. Par ailleurs, il faut étudier si cette nouveauté permet d'améliorer réellement la relation médecin-patient et la prise en charge ou s'il n'existe pas en jachère le risque d'une dérive d'une personne de confiance animée d'un esprit de contrôle et de méfiance vis-à-vis des soignants, ce qui, à terme, pourrait dériver vers une judiciarisation de la relation médecin-patient. ■

© Le Courrier de l'éthique médicale (4), n° 2, 2<sup>e</sup> semestre 2004.