



La loi Kouchner, 20 ans après

**Commission des relations avec les associations de patients et
d'usagers (CORAP)**

Section Éthique et Déontologie

Février 2022

REMERCIEMENTS

Sont remerciés pour leur participation à ce travail :

Fait sous la présidence du :

Dr Claire SIRET

Les membres de la Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers (CORAP) :

Dr Piernick CRESSARD

Dr Emile ELANA

Dr Henri FOULQUES

Dr Jean-François GERARD-VARET, Président de la Commission des Études Statistiques et de l'Atlas

Dr Pierre JOUAN

Dr Jean-François RAULT, Délégué aux Affaires Européennes et Internationales

Dr Jean-Claude REGI

Dr Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO, Vice-Présidente de la Section Éthique et Déontologie

Ainsi que :

Mme Marthe DESJONQUERES, Conseiller juridique - Section Éthique et Déontologie

Mme Julie LAUBARD, Conseiller juridique - Section Éthique et Déontologie

Mme Joëlle OZIER-LAFONTAINE, Secrétaire

Mme Stéphanie RASSE, Géographe de la santé

Mme Manon BOURDIN, Chargée d'études

Mme Marie COLEGRAVE-JUGE, Conseiller juridique - Délégation aux Affaires Européennes et Internationales

Enfin,

Les élus et collaborateurs du Conseil national, qui ont accepté de participer à titre expérimental à cette enquête, et pour leurs retours qui ont permis de finaliser les questionnaires,

L'ensemble des médecins destinataires de l'enquête de la CORAP, pour le temps qu'ils ont bien voulu y consacrer,

Les associations sollicitées, qui ont bien voulu diffuser notre enquête auprès de leurs adhérents, et ces derniers, qui ont donné de leur temps pour y répondre.

L'Ordre des médecins français a confirmé son soutien à la proposition portée par le *Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos* pour que la relation médecin-patient soit considérée comme Patrimoine immatériel de l'humanité pour l'Éducation, la Culture et la Science (Unesco)¹.

¹ Pour plus de détails sur l'inscription de la relation médecin-patient au patrimoine immatériel de l'humanité, sur les discussions de l'AMM à ce sujet, se reporter à l'[annexe 1](#), qui reprend également dans son intégralité la déclaration de Cordoue.

TABLE DES MATIÈRES

La définition de la relation médecin-patient	5
Introduction	7
I. Présentation de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	10
Titre I : Solidarité envers les personnes handicapées	10
Titre II : Démocratie sanitaire	10
Chapitre I ^{er} : Droits de la personne	10
Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers	10
Chapitre III : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé	11
Chapitre IV : Responsabilité des professionnels de santé	12
Titre III : Qualité du système de santé	12
Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires	12
II. Méthodologie de construction de l'enquête	14
II.1. Champ de l'étude	14
II.2. Cohortes et critères d'inclusion/exclusion	14
II.3. Élaboration des questionnaires	15
II.4. Durée de l'étude	15
III. Présentation des résultats de l'enquête	16
III.1. Profil des répondants	16
III.2. Analyse des résultats par grande thématique de la loi	18
Chapitre I ^{er} : Droits de la personne	19
Chapitre II : Droits et responsabilité des usagers	22
Chapitre III : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé	34
Chapitre IV : Responsabilité des professionnels de santé	36
L'impact de la loi Kouchner sur la relation médicale	38
Conclusion	44
Synthèse	45
Annexes	50
Annexe 1. La relation médecin-patient à l'international	50
Annexe 2. Schéma général décrivant une procédure devant la CCI	54
Annexe 3. Quelques publications sur le site internet du CNOM en lien avec les droits consacrés par la loi Kouchner	55
Annexe 4. Quelques études menées sur les évolutions de la relation médicale entre l'adoption de la loi Kouchner et 2019	56
Au lendemain de l'adoption de la loi Kouchner	56
Dix ans après l'adoption de la loi Kouchner, les usagers connaissent encore mal leurs droits et la démarche d'appropriation de ces droits par les professionnels doit être maintenue	57
Les droits des usagers en 2019 : l'information des usagers sur leurs droits reste fondamentale, le besoin des professionnels d'être informés et formés sur ces sujets ne faiblit pas	58
Annexe 5. Présentation des associations sollicitées	60
Annexe 6. Questionnaire adressé aux médecins	64
Annexe 7. Questionnaire adressé aux patients (via les associations d'usagers)	70
Annexe 8. Table des abréviations	75
Bibliographie	76

Selon l'Académie nationale de médecine

« La qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal. Fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen physique, la clarté et la sincérité du langage, elle vise à établir la confiance, condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique. Son action favorable s'exerce principalement par l'amélioration de l'observance des traitements, mais aussi par des effets propres, apparentés aux effets placebo, spécialement mis à profit dans le traitement des troubles non lésionnels. Le médecin d'aujourd'hui doit faire face, dans sa relation avec le patient, à plusieurs difficultés : malade plus informé et plus critique ; manque de temps du fait du poids des tâches administratives ; travail en équipes qui disperse et appauvrit la relation ; et surtout primauté des technologies. Les solutions à ces difficultés sont à rechercher dans la formation des praticiens, l'organisation des équipes, et dans un usage responsable des technologies, qui ne dispensent en aucun cas du nécessaire face à face, et, pour celles qui relèvent de l'intelligence artificielle, exigent toujours la garantie humaine du médecin ».

Académie nationale de médecine
Rapport 21-09. La relation médecin-malade, juillet 2021

Selon l'Association médicale mondiale

Il existe aujourd'hui deux blocs sur la terminologie médecin-patient au sein de l'Association médicale mondiale :

- le bloc hispano-francophone-lusophone (ordinaux) : centré sur la régulation médicale et qui parle de « relation médecin-patient »
- le bloc anglophone (syndicats/agences), qui a une vision centrée sur la régulation pour la sécurité du patient et qui parle de la « relation patient-médecin »

Lors de la 71^{ème} assemblée générale de l'Association médicale mondiale (AMM), qui a eu lieu en Espagne en octobre 2020, a été adoptée la déclaration de Cordoue, qui définit et émet des recommandations sur la relation médecin-patient :

« La relation entre médecin et patient est :

- une modalité de relation humaine qui date des origines de la médecine. Elle constitue le lien privilégié qui unit un patient à son médecin, un lien de confiance. Il s'agit d'un espace de créativité, dans lequel sont échangés des informations, des ressentis, des visions, de l'assistance et du soutien.
- une activité morale qui trouve son origine dans l'obligation du médecin d'atténuer la souffrance et de respecter les croyances du patient et son autonomie. Elle est généralement engagée par consentement mutuel, exprès ou tacite, afin d'assurer des soins médicaux de qualité.
- au cœur de la pratique médicale. Son champ d'application est universel et elle vise à améliorer la santé et le bien-être du patient. Elle repose sur le partage de connaissances, un processus commun de décision, l'autonomie du patient et du médecin, l'assistance, le confort et la fraternité, le tout dans une atmosphère de confiance. La confiance est le cœur de la relation, qui peut en elle-même être thérapeutique.
- essentielle aux soins centrés sur le patient. Elle requiert que le médecin comme le patient participent activement au processus de soin. La relation entre médecin et patient encourage et soutient la coopération dans les soins médicaux : les patients sont aptes à prendre les décisions qui déterminent les soins qui leur sont prodigués. Chacune des parties peut mettre fin à la relation. Si la relation se termine, le médecin doit orienter le

patient vers un autre médecin qualifié pour poursuivre les soins et l'aider à assurer le transfert de son dossier vers ce nouveau médecin.

- *une question complexe qui dépend de multiples influences : culturelle, politique, sociale, économique ou professionnelle. Elle a évolué au fil de l'histoire et en fonction des cultures et des civilisations, avec toujours en ligne de mire la recherche, sur la base des données scientifiques disponibles, de l'intérêt du patient, par l'amélioration de sa santé mentale et physique et de son bien-être et par l'atténuation de sa douleur. La relation a subi des évolutions importantes à la faveur de jalons tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), et les déclarations de Genève (1948), d'Helsinki (1964) et de Lisbonne (1981) de l'AMM, qui ont contribué au renforcement progressif du pouvoir d'agir du patient ».*

INTRODUCTION

Historiquement, le patient - littéralement « celui qui souffre » - était en situation de faiblesse dans la relation avec son médecin, il s'en remettait totalement à lui : on parlait alors de « paternalisme médical² ». Depuis quelques décennies, les progrès fulgurants de la médecine permettent des interventions de plus en plus techniques et efficaces, mais qui sont également plus invasives, donc plus risquées. Ces évolutions ont nécessairement conduit à une profonde modification de la relation qui s'établit entre le médecin et son patient.

Le patient, sujet « passif » de cette relation, devient de plus en plus acteur de sa propre santé, ce qui résulte notamment de la volonté du législateur, mais aussi du développement dans le public des connaissances médicales (Internet), de la création d'associations de malades et leur regroupement en un « collectif », de la croissance du risque de responsabilité...

Depuis la loi du 4 mars 2002, le patient est réellement mis dans une situation où on le responsabilise : il devient non plus un sujet mais un véritable acteur de sa santé. Lui ont en effet été consacrés des droits fondamentaux, comme l'accès direct à son dossier médical, le droit d'être informé, mais aussi et surtout le droit de prendre part aux décisions médicales le concernant, qui a pour corollaire le droit de refuser les soins. Le patient accepte donc l'acte médical, en théorie, en toute connaissance des conséquences possibles de l'acte le concernant.

Fruit d'une longue construction, la loi Kouchner a été élaborée après une « consultation exceptionnelle des Français » : des états généraux se sont tenus dans quatre-vingts villes françaises entre septembre 1998 et juin 1999, pour recueillir les principales préoccupations et attentes des Français en matière de santé³ (recueil dans des cahiers de doléances). Construite sur la base de cette consultation nationale, la loi a été rédigée en concertation avec de nombreux interlocuteurs : ordres professionnels, associations de patients, collectif interassociatif, fédérations hospitalières, syndicats.

Ce « rééquilibrage » de la relation médecin-patient a pu être perçu par certains comme un renversement de situation, et qualifié de « consumérisme médical ». Du fait notamment de l'apparition d'Internet et de sites dédiés à la santé, de médias de plus en plus spécialisés en la matière et accessibles au public, du fait donc d'une information plus largement diffusée - mais de fiabilité parfois douteuse - les patients qui se rendent chez leur médecin ne sont bien souvent plus en situation de requête à son égard⁴. Ils ont pu se croire détenteurs de la connaissance de leur diagnostic, et pourquoi pas même de leur traitement, parce qu'ils peuvent désormais, par leurs propres moyens, prendre connaissance d'informations qui pour eux étaient autrefois parfaitement inaccessibles.

Mais il ne faut pas s'y tromper, et Internet peut en cela présenter des effets pervers⁵ : ce n'est pas parce que l'information est plus accessible qu'elle est mieux comprise par les patients, étrangers à la phraséologie médicale, qui peuvent parfois s'affoler à la lecture trop rapide d'une information alarmiste, sans avoir consulté l'interlocuteur qu'ils doivent pourtant privilégier, le médecin, parce que rien ne saurait remplacer l'établissement « physique » d'un diagnostic.

Les dispositions relatives aux droits des patients et à la relation avec leur médecin ont été enrichies dans les années qui ont suivi, par exemple :

- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 qui confie à la Conférence nationale de santé l'élaboration périodique d'un rapport sur les droits des usagers
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, créant le DMP (dossier médical partagé) et le parcours de soins coordonné, articulé autour du médecin traitant

² Académie nationale de médecine, *Rapport 21-09. La relation médecin-malade*, Rapport et recommandations de l'ANM, Bulletin de l'ANM 205 (2021), 857-866, disponible sur internet le 14 juillet 2021

³ CARDIN (H.), *La loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner »*, Presses de Science Po, « Les Tribunes de la santé », 2014/1 n°42, pages 27 à 33, ISSN 1765-8888

⁴ LAUDE (A.), *Le patient, nouvel acteur de santé*, D. 2007, p. 1151

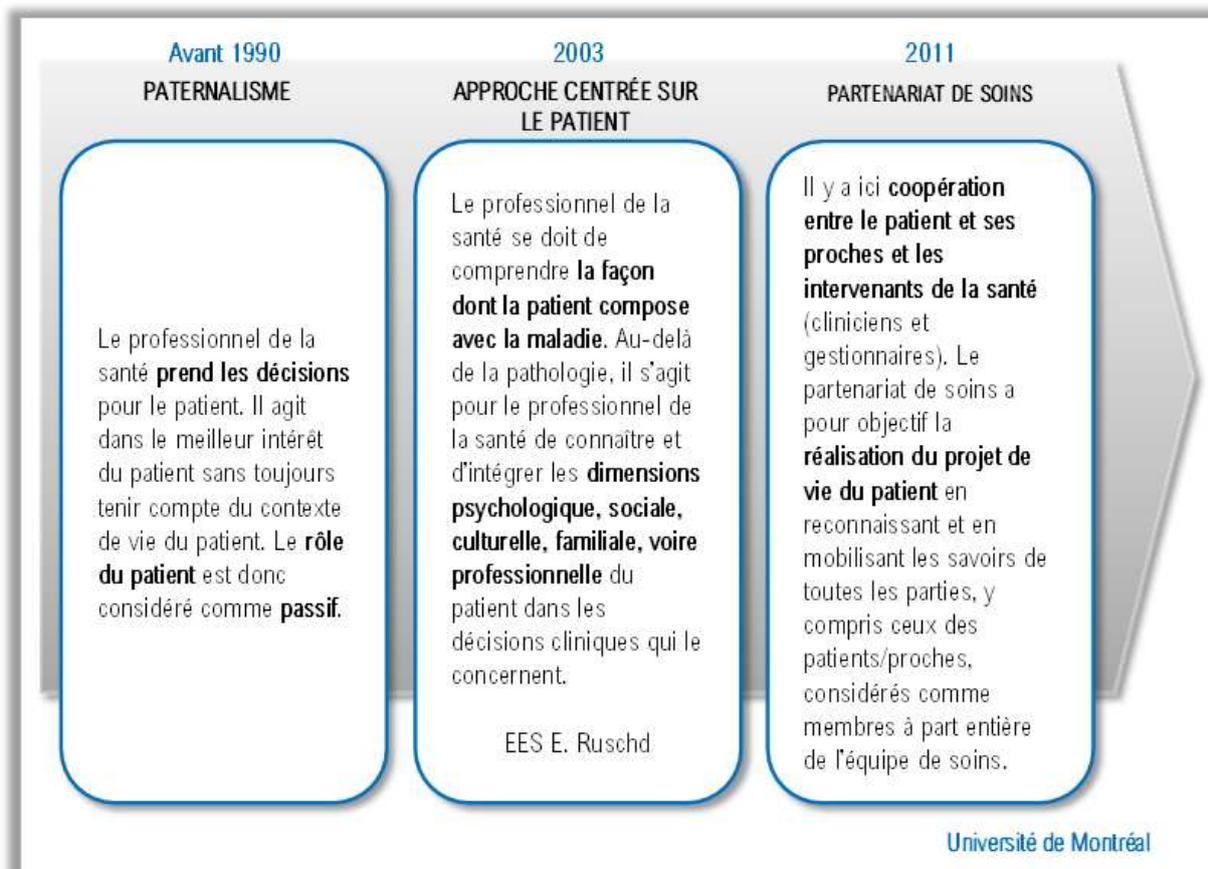
⁵ Académie nationale de médecine, *Améliorer la pertinence des stratégies médicales*, 08/04/2013, p. 5

- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « loi Leonetti », qui proscrit l'obstination déraisonnable et encadre les bonnes pratiques de limitation et d'arrêt de traitement.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST »
- Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, « loi Claeys-Leonetti », qui clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable, et instaure notamment un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme.
- Etc.

Ce souhait grandissant des pouvoirs publics de voir la protection des patients assurée les a conduits à encadrer toujours plus l'exercice de la médecine, en faisant notamment peser de plus en plus d'obligations sur le médecin, partie forte de la relation médicale et détentrice du savoir et des compétences, quand le patient n'est que « celui qui souffre » et subit en silence.

Cette recherche toujours plus poussée de sauvegarde des droits du patient a ainsi conduit le législateur à faire de ce dernier un réel acteur de sa santé, non plus réduit à ce seul rôle de sujet passif, mais au contraire élevé au rang de « collaborateur » du médecin, participant à la prise de décision le concernant. C'est en tout cas ce qui ressort de la volonté du législateur de 2002, qui a instauré la notion de démocratie sanitaire.

Aussi le colloque singulier n'a plus rien à voir aujourd'hui avec celui des origines, la relation est voulue rééquilibrée. Cette transformation de la relation médecin-patient, voulue par les pouvoirs publics ou résultat d'une évolution de notre société, a été schématisée par l'Université de Montréal (voir [annexe 4](#)) :



Aujourd'hui, près de 20 ans après la promulgation de la « Loi Kouchner », la Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers du Conseil national de l'Ordre des médecins (CORAP) a souhaité mener une étude des connaissances, expériences et pratiques actuelles auprès des médecins et des patients, à propos des droits et obligations des deux acteurs de la relation médicale.

Les buts poursuivis par cette étude sont les suivants :

- faire le constat de la connaissance et de l'application des principes de la loi par les deux acteurs de la relation médicale, le médecin et le patient
- identifier des leviers à mettre en place pour améliorer la connaissance et l'application des principes de la loi Kouchner

L'objectif du présent rapport, après une présentation de la loi Kouchner (partie I), est de présenter la méthode (partie II) et les résultats de ce travail d'analyse (partie III) qui a été mené grâce à la diffusion d'un questionnaire auprès d'une cohorte de médecins et d'un certain nombre de patients adhérents de différentes associations.

I. PRÉSENTATION DE LA LOI N°2002-303 DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET À LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

PLAN DE LA LOI DU 4 MARS 2002

Titre I^{er} : Solidarité envers les personnes handicapées (art. 1 et 2)

Titre II : Démocratie sanitaire (art. 3 à 44)

Chapitre I^{er} : Droits de la personne (art. 3 à 10)

Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers (art. 11 à 19)

Chapitre III : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé (art. 20 à 22)

Chapitre IV : Responsabilité des professionnels de santé (art. 23 à 33)

Chapitre V : Orientations de la politique de santé (art. 34)

Chapitre VI : Organisation régionale de la santé (art. 35 à 44)

Titre III : Qualité du système de santé (art. 45 à 97)

Chapitre I^{er} : Compétence professionnelle (art. 45 à 58)

Chapitre II : Formation médicale continue et formation pharmaceutique continue (art. 59 à 61)

Chapitre III : Déontologie des professions et information des usagers du système de santé (art. 62 à 78)

Chapitre IV : Politique de prévention (art. 79 à 83)

Chapitre V : Réseaux (art. 84)

Chapitre VI : Dispositions diverses (art. 85 à 97)

Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires (art. 98 à 107)

Titre V : Dispositions relatives à l'outre-mer (art. 108 à 126)

Titre I : Solidarité envers les personnes handicapées

L'objet de ce titre est principalement de limiter les possibilités d'indemnisation des personnes nées avec un handicap non diagnostiqué pendant la grossesse (en réaction à la jurisprudence dite « Perruche »).

Titre II : Démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire est construite autour du triptyque droits des patients, droits des usagers, responsabilité des professionnels de santé⁶.

Chapitre I^{er} : Droits de la personne

- Droit fondamental à la protection de la santé (L. 1110-1 CSP)
- Droit au respect de la dignité (L. 1110-2 CSP)
- Non discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins (L. 1110-3 CSP)
- Droit de la personne au secret des informations la concernant (L. 1110-4 CSP)
- Droit de recevoir les soins les plus appropriés et dont l'efficacité est reconnue qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales (L. 1110-5 CSP). L'AP-HP parle de « droit à l'innovation médicale⁷ ».
- Suivi scolaire adapté des enfants hospitalisés, au sein de l'établissement (L. 1110-6 CSP)

Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers

Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

- Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (L. 1111-2 CSP)
- Les personnes doivent être informées sur les frais auxquels elles pourraient être exposées à l'occasion des activités de prévention, diagnostic et soins (L. 1111-3 CSP)

⁶ DAJ AP-HP, *Présentation de la loi du 4 mars 2002*, 19/08/2002

⁷ *Idem*

- Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé + consentement libre et éclairé du patient (L. 1111-4 CSP)
- Le mineur peut s'opposer à la consultation de ses parents pour les décisions médicales le concernant, afin de garder le secret sur son état de santé. Il faut au préalable que le médecin se soit efforcé de le convaincre de consentir à cette consultation (L. 1111-5 CSP)
- Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (L. 1111-6 CSP)
- Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé + conditions d'accès des ayants droit (L. 1111-7, L. 1112-1 CSP).

Création des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), aujourd'hui CDU (commission des usagers)⁸

Instituée au sein de tout établissement de santé, public comme privé, la CDU a mission de « *veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes* » (article L. 1112-3 CSP).

Sa composition et les modalités d'accomplissement de ses missions sont définies aux articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du code de la santé publique).

La CDU est composée obligatoirement de :

- du représentant légal de l'établissement ou une personne qu'il désigne à cet effet
- de deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le DG ARS

Elle peut compter d'autres membres, différents selon le statut de l'établissement de santé (public, privé, GCS, etc.).

Les membres de la CDU sont soumis au respect du secret professionnel.

Chapitre III : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

« Les associations de patients et d'usagers du système de santé sont progressivement reconnues comme des acteurs de santé. La loi du 4 mars 2002 consacre la participation active des associations agréées d'usagers au processus de soins hospitaliers par les services qu'elles rendent aux malades : assistance psychologique, relais d'informations, soutien à la réinsertion sociale, réalisation de campagnes médiatiques sur la recherche médicale et représentation des usagers dans les différentes instances hospitalières ou de santé publique (commissions régionales de conciliation, commission nationale d'indemnisation des accidents médicaux, office national d'indemnisation des accidents médicaux).

Parallèlement à ce rôle accru, la loi exige des garanties de représentativité des associations qui devront faire l'objet d'un agrément régional ou national pour exercer leurs missions (art. L 1114-1 CSP)⁹ ».

Les associations disposant d'un agrément national sont autorisées à exercer les droits reconnus à la partie civile lorsque l'action publique est mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, sous réserve de l'accord de cette dernière.

Depuis la loi HPST, les associations de patients participent aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Instance de la démocratie sanitaire, la CRSA est un

⁸ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183)

⁹ DAJ AP-HP, *Présentation de la loi du 4 mars 2002*, 19/08/2002

organisme consultatif qui concourt par ses avis à la politique régionale de la santé¹⁰. Les travaux des CRSA constituent la base des rapports que publie périodiquement la Conférence nationale de santé (CNS), (voir *infra*. Rapport de la mandature 2015-2019 de la CNS).

Chapitre IV : Responsabilité des professionnels de santé

Il est toujours bon de le rappeler, la responsabilité du médecin est en principe avant tout morale : sa responsabilité juridique ne doit normalement constituer qu'une facette de la responsabilité qui est sienne. On ne saurait imaginer une pratique médicale « *qui n'aurait pour référence que la crainte des recours en justice ou des plaintes devant le procureur de la République*¹¹ ».

C'est sans doute l'objectif qui a transparu lors de l'adoption de la loi Kouchner : faire prévaloir l'indemnisation du dommage subi par le patient sur la recherche d'une responsabilité¹².

En effet, résultante d'une obligation de moyens, la responsabilité civile du médecin ne peut plus désormais être engagée qu'en cas de faute¹³, alors que la jurisprudence s'aventurait avant 2002 sur le terrain de présomptions de fautes¹⁴, et parfois même de présomptions de responsabilité, pour fonder l'indemnisation qu'elle accordait au patient, et qui sans ces fondements prétoriens n'aurait pu lui être octroyée.

Dans l'accomplissement d'un tel objectif de faire prévaloir l'indemnisation sur la responsabilité, la loi du 4 mars 2002 a d'ailleurs créé des « alternatives au procès », des procédures extra judiciaires et amiables d'indemnisation des dommages subis par les patients, en instaurant les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation¹⁵ (CRCI, aujourd'hui CCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) (voir *infra*, Titre IV).

Titre III : Qualité du système de santé

Pour améliorer la qualité du système de santé, la loi Kouchner aborde trois grands axes¹⁶ :

- renforcement des obligations de compétence et de déontologie des professionnels de santé
- mutualisation et coopération des acteurs de santé
- organisation de la prévention et de la promotion de la santé

Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires

L'objectif de ce titre est de proposer des « alternatives au procès », et de répondre aux problématiques suivantes :

- engorgement des tribunaux du fait d'un phénomène de « judiciarisation de la santé » inspiré du modèle américain (retentissement de scandales sanitaires, accroissement des contentieux médicaux, etc.)
- disparités d'indemnisation des accidents médicaux qui ont pu être observées entre les juridictions civiles et les juridictions administratives

¹⁰ CARDIN (H.) *La loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner »*, Presses de Science Po, « Les Tribunes de la santé », 2014/1 n°42, pages 27 à 33, ISSN 1765-8888

¹¹ ARIÈS (S.), *Évolutions de la responsabilité des professionnels de santé - Quatre ans après la loi du 4 mars 2002*, Droit, déontologie et soins, décembre 2006, vol. 6 n°4, pp. 501-507

¹² VIALLA (F.), *Subordination ou indépendance*, Revue droit & santé n°4 - Chroniques, Les Études hospitalières, pp. 103 à 107, note sous Cass. civ. 1ère, 9 novembre 2004, pourvois n° H 01-17.168 et n° M 01-17.908

¹³ Article L. 1142-1-I du code de la santé publique : « [...] les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute »

¹⁴ ARIÈS (S.), *loc. cit.*

¹⁵ Aujourd'hui Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, dites CCI

¹⁶ DAJ AP-HP, *Présentation de la loi du 4 mars 2002*, 19/08/2002

Le législateur œuvre ici pour que la voie amiable de résolution des litiges médicaux soit privilégiée par rapport à la voie judiciaire.

Le dispositif repose tout d'abord sur l'obligation faite à tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral et à tout établissement de santé de contracter une assurance responsabilité civile (article L. 1142-2 CSP). Il repose ensuite sur la création de trois structures :

[Les CRCI \(commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales\), aujourd'hui CCI](#)

Instituée dans chaque région, présidée par un magistrat et composée d'usagers du système de santé, de professionnels de santé et de responsables d'établissements de santé, la CCI a pour principale fonction de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux¹⁷.

« Elles peuvent ainsi être saisies par toute personne s'estimant victime, ou par ses ayants droit en cas de décès, d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins (art. L 1142-7 CSP). Elles doivent, dans les six mois de leur saisine, émettre un avis sur les circonstances de l'accident, la nature et l'étendue des dommages, et sur le régime d'indemnisation applicable, (art. L 1142-8 CSP, accident fautif relevant de l'assurance ou accident non fautif relevant de la solidarité nationale). Cet avis est opposable à tous les acteurs en cause et ne peut être contesté qu'en cas d'action au fond devant les juridictions compétentes. À cette fin, les commissions doivent diligenter des expertises qui sont gratuites pour les plaignants (art. L 1142-9 et s CSP)¹⁸ ».

[La CNAMed \(commission nationale des accidents médicaux\)](#)

Instituée auprès du ministre chargé de la santé, la CNAMed a pour principale mission l'inscription des experts sur une liste nationale d'experts en accidents médicaux. Elle formule des recommandations sur la conduite des expertises.

[L'ONIAM \(office national d'indemnisation des accidents médicaux\)](#)

Établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la Santé, l'ONIAM est chargé de l'indemnisation des accidents médicaux au titre de la solidarité nationale et de la prise en charge financière des expertises ordonnées par les CCI.

¹⁷ en [annexe](#) un schéma descriptif de la procédure d'indemnisation devant la CCI

¹⁸ DAJ AP-HP, *Présentation de la loi du 4 mars 2002*, 19/08/2002

II. MÉTHODOLOGIE DE CONSTRUCTION DE L'ENQUÊTE

Pour rappel, à la veille du vingtième anniversaire de la promulgation de la loi Kouchner, la Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers du Conseil national de l'Ordre des médecins (CORAP) a souhaité mener une étude des connaissances, expériences et pratiques actuelles auprès des médecins et des patients.

Les buts poursuivis par cette étude sont les suivants :

- Faire le constat de la connaissance et de l'application des principes de la loi par les deux acteurs de la relation médicale, le médecin et le patient
- Identifier des leviers à mettre en place pour améliorer la connaissance et l'application des principes de la loi Kouchner

II.1. Champ de l'étude

La CORAP a souhaité focaliser l'étude sur les chapitres de la loi Kouchner qui portent sur la relation médecin-patient, inclus dans le Titre II - Démocratie sanitaire :

- Chapitre I^{er} : Droits de la personne
- Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers
- Chapitre III : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé
- Chapitre IV : Responsabilité des professionnels de santé

II.2. Cohortes et critères d'inclusion/exclusion

Cohorte	Cohorte A Les médecins	Cohorte B Les patients
Critères d'inclusion	Tous médecins : <ul style="list-style-type: none">• actifs¹⁹• ayant eu un exercice actif au cours de ces 20 dernières années• exerçant en France²⁰• exerçant l'une des qualifications ordinaires	Tous patients : <ul style="list-style-type: none">• membres d'une des associations agréées de patients, sollicitées par la CORAP• résidant en France (départements ultra marins compris)• majeurs
Critères d'exclusion	Les médecins : <ul style="list-style-type: none">• non actifs• n'exerçant pas en France• exerçant un qualification non reconnue	Les patients : <ul style="list-style-type: none">• non adhérents d'une association agréée• n'habitant pas en France• non majeurs
Construction de l'échantillonnage	L'échantillonnage est construit en mode stratifié sur : <ul style="list-style-type: none">• les qualifications• le mode d'exercice• la typologie des lieux d'exercice Taille de l'échantillon requise : 375 répondants (avec une marge d'erreur à 5% et un niveau de confiance à 95%)	L'échantillonnage est construit en mode aléatoire

¹⁹ activité régulière, activité intermittente, retraités actifs

²⁰ départements ultra marins compris

Le questionnaire a été communiqué à 15 360 médecins (la stratification a été effectuée par 8 lots de 1 920 répondants).

Pour soumettre les questionnaires aux patients, la CORAP a sollicité un certain nombre d'associations agréées de patients, leur demandant de diffuser l'enquête auprès de leurs membres/adhérents. Le nombre d'adhérents sollicité n'a pas été communiqué à la CORAP.

Les associations qui ont accepté de participer et faire participer leurs membres à cette étude sont les suivantes (nous les présentons ici sous forme de simple liste, une [annexe](#) est consacrée à une présentation plus détaillée de chaque association) :

- APF France Handicap
- Association France Parkinson
- Fédération Familles Rurales
- France Alzheimer
- France Rein
- Union Nationale des Associations Familiales
- Union Nationale des Associations de Parents de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis (UNAPEI)

II.3. Élaboration des questionnaires

Deux questionnaires ont été élaborés :

- L'un à destination des patients
- L'autre à destination des médecins

Ces questionnaires ont été construits autour de chaque proposition instaurée par la loi, afin de mesurer l'état des connaissances, expériences et pratiques actuelles applicables au cadre de la loi Kouchner au sein de ces deux populations. Dès que cela a été possible, les questions ont été posées en miroir l'une de l'autre.

Il s'agit d'enquêtes quantitatives en ligne.

Les questionnaires ont été élaborés par une équipe mixte regroupant des médecins membres de la CORAP, les équipes de la section Éthique et Déontologie et du service Études et recherches statistiques.

Les élus ordinaires et salariés du Conseil national ont été mis à contribution pour ce travail d'élaboration en acceptant de répondre à la version d'essai du questionnaire. Cette phase de test a permis des ajustements, portant tant sur le fond des questions que sur la présentation de leur déroulé et des modalités de réponse de chaque version (médecin et patient) du questionnaire.

Les versions finales des questionnaires sont reprises en [annexe 6](#) (médecins) et en [annexe 7](#) (patients).

II.4. Durée de l'étude

L'enquête a été ouverte entre le 10 octobre 2021 et le 15 décembre 2021.

III. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

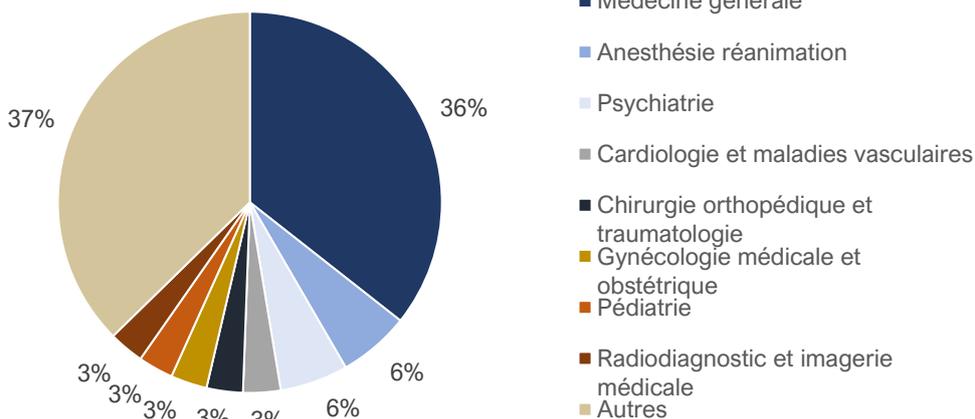
III.1. Profil des répondants

MÉDECINS

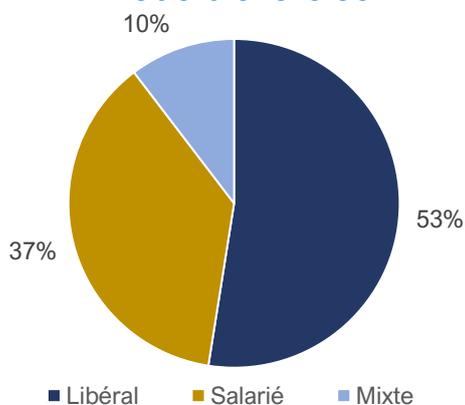
Sur les 15 360 médecins sollicités, 1 046 ont répondu au questionnaire. Soit un taux de participation de 7%. Pour rappel, la taille d'échantillon requise pour que le taux de réponse soit exploitable était de 375 répondants.

L'échantillon est donc statistiquement représentatif de la population cible.

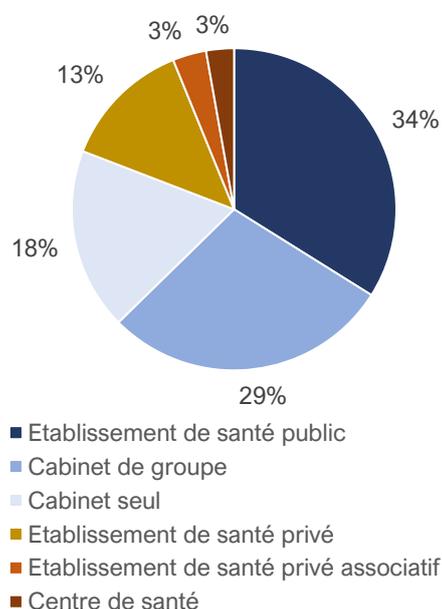
Réponses par spécialité



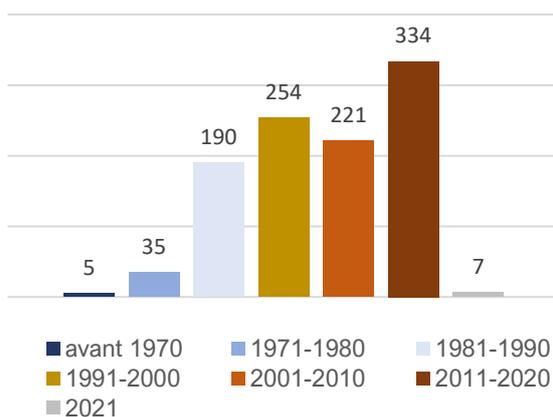
Mode d'exercice



Lieu d'exercice



Début d'exercice



Durée d'exercice

En moyenne, les médecins enquêtés exercent depuis **27 ans**, où l'année de début d'exercice la plus récente est 2021 (moins d'un an d'exercice) et où la plus ancienne est 1957 (64 ans d'exercice). **48% des médecins répondants ont commencé à exercer avant l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002.**

Toutefois, il convient de préciser que certaines strates peuvent être en situation de sur- ou sous-représentation, c'est-à-dire que leur proportion dans l'échantillon ne reflète pas nécessairement leur proportion dans la population globale des médecins en France.

Exemple :

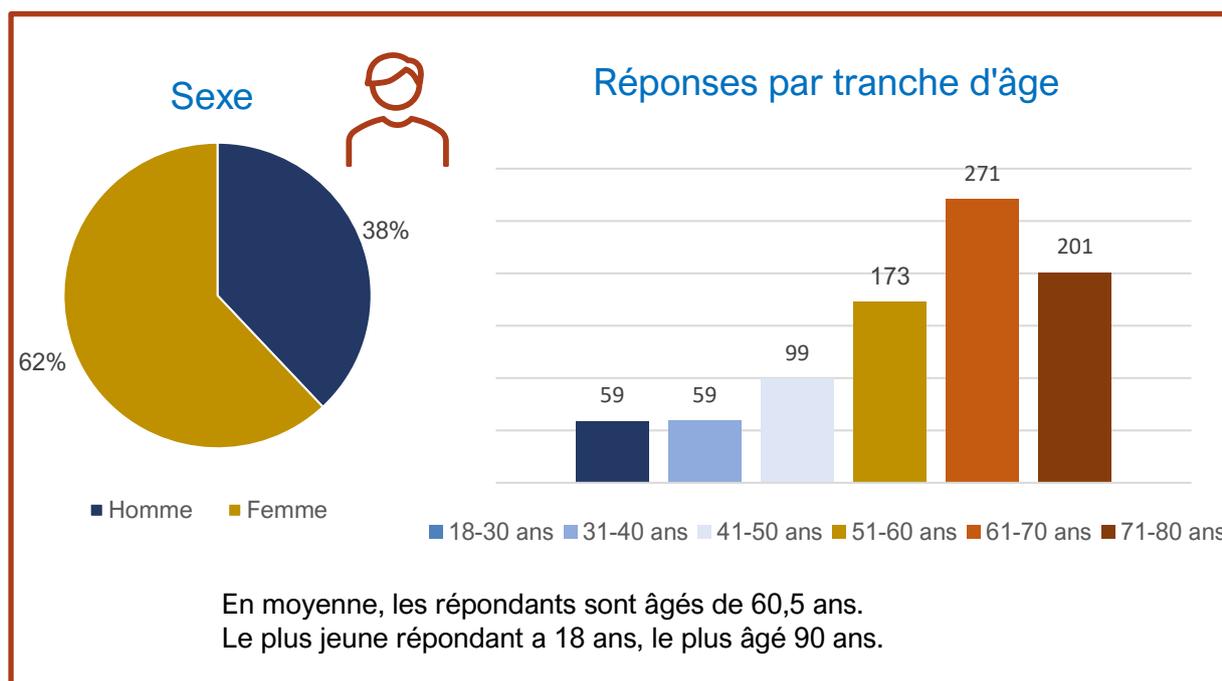
Surreprésentation

- *Salariés des établissements publics médecins généralistes*
- *Libéraux cabinet de groupe médecins généralistes*

Sous-représentation :

- *Libéraux cabinet individuel spécialistes médicaux*
- *Libéraux cabinet de groupe spécialistes médicaux et chirurgicaux*

PATIENTS



930 des personnes sollicitées ont répondu au questionnaire.

Le taux de participation des patients ne peut être défini. En effet, le nombre de personnes sollicitées n'ayant pas été communiqué à la CORAP par les associations, il n'est pas possible d'évaluer le taux de participation des patients.

Cependant, le nombre de répondants est considéré comme significatif pour la présente étude.

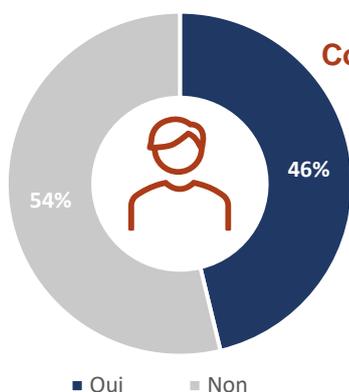
III.2. Analyse des résultats par grande thématique de la loi

La CORAP s'attache à restituer les résultats de son étude en suivant le plan de la loi Kouchner, en détaillant en préambule, pour chaque thématique abordée, les droits et/ou obligations du médecin et du patient qui sont prévus par les textes.

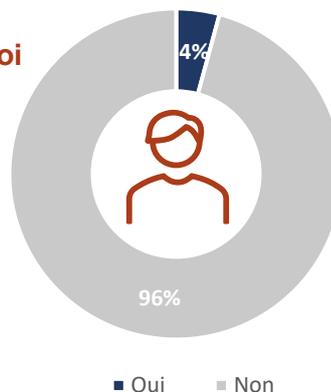
Sont ensuite présentés, pour chacun, les résultats détaillés des réponses apportées par les médecins et par les patients, les réponses étant présentées en miroir chaque fois que l'étude le permet. Une conclusion de l'analyse des résultats de l'enquête s'attachera à en exposer les principaux enseignements.

Une première série de questions a eu pour objectif de déterminer la connaissance de la loi Kouchner par les médecins et par les patients.

Plus de la moitié des patients ne connaît pas la loi Kouchner, la quasi-totalité estime que cette loi n'est pas assez connue autour d'eux.



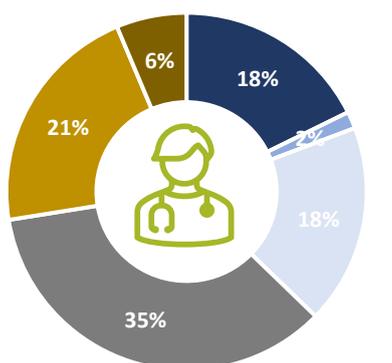
Connaissance de la loi Kouchner par les patients



Avez-vous connaissance de la loi Kouchner ?
Base : 930 répondants

Pensez-vous que la loi Kouchner soit suffisamment connue autour de vous ?
Base : 930 répondants

Connaissance de la loi Kouchner par les médecins



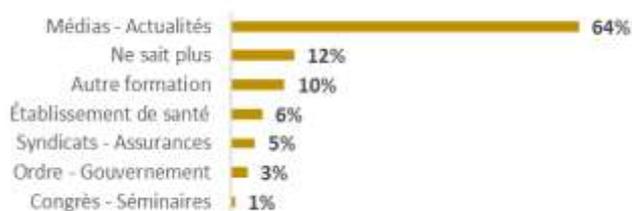
- Échange avec un confrère
- Échange avec un patient
- Développement professionnel continu (DPC)
- Formation initiale
- Autre
- Ne connaît pas la loi

Comment avez-vous eu connaissance de la loi Kouchner ?
Base : 1 046 répondants

Pour les médecins, il a été recherché par quel moyen ils ont connaissance de la loi. **Un tiers des répondants en a eu connaissance par la formation initiale.**

Parmi eux, 89% en ont eu connaissance au cours d'un stage, 11% lors de cours théorique.

Pour les autres moyens, les médecins ont eu connaissance de cette loi :



56% des répondants souhaiteraient en être mieux informés.

Alors que la question ne leur était pas posée, **6% des répondants ont indiqué en verbatim ne pas connaître la loi Kouchner.**

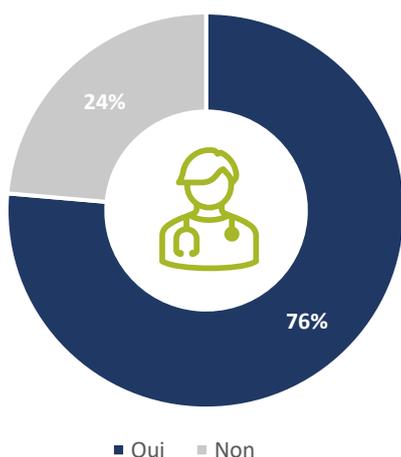
SECRET MÉDICAL

Article L. 1110-4-I du code de la santé publique

I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

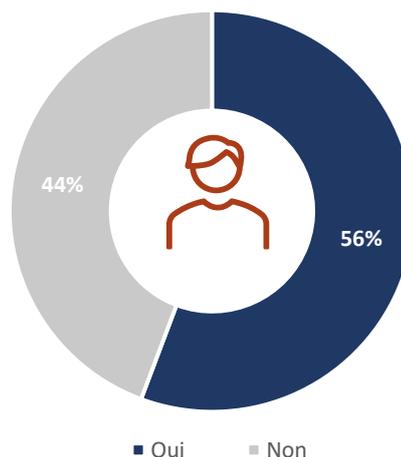
Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ».

Alors que l'existence de **dérogations légales au secret médical** est connue d'une grande partie des médecins répondants (76%), une part conséquente des patients n'en a pas connaissance (56%).



Avez-vous connaissance de dérogations légales au secret médical ?

Base : 1 046 répondants



Savez-vous que la loi permet au médecin de déroger au secret médical et de révéler dans certains cas des informations médicales vous concernant ?

Base : 930 répondants

Il est cependant notable qu'un quart des médecins interrogés considère qu'il ne peut en aucun cas être dérogé au secret médical.

ACCÈS DES AYANTS DROIT DU PATIENT DÉCÉDÉ AUX INFORMATIONS LE CONCERNANT

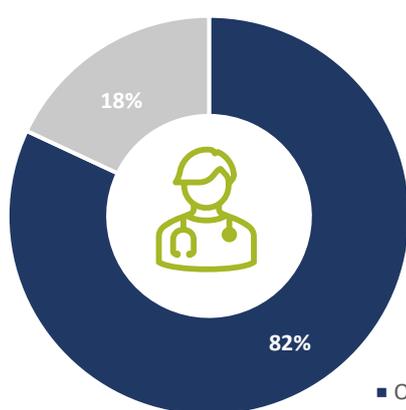
Article L. 1110-4-V du code de la santé publique

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments

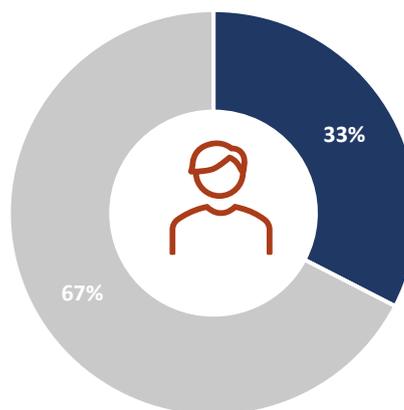
relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

En outre, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues au I de l'article L. 1130-4 soient délivrées au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Sur la **transmission d'informations médicales aux ayants droit** du patient décédé, **plus de la moitié des médecins répondants (55%) ignore** qu'elle est possible. La majorité des médecins qui connaissent cette possibilité (82%) savent qu'elle est soumise à conditions, ce que la majorité (67%) des patients ignore.



Base : 472 répondants



Base : 930 répondants

Savez-vous s'il existe des conditions pour transmettre aux ayants droits des données médicales d'un patient décédé ?

ÉCHANGE D'INFORMATIONS MÉDICALES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Article L. 1110-4-II à IV du code de la santé publique

II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

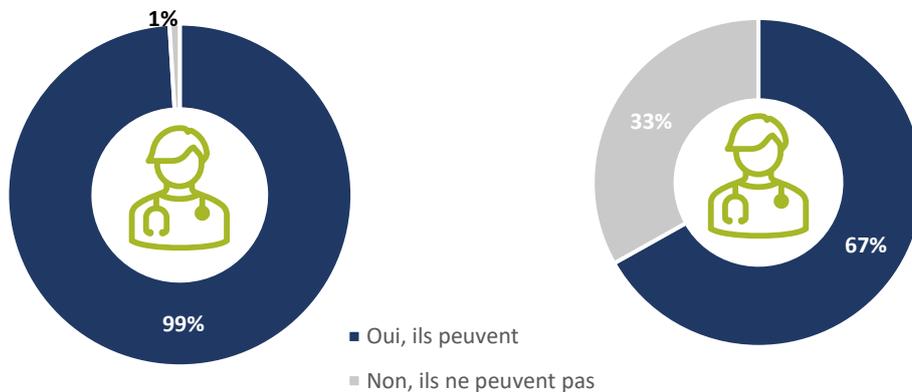
Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

III bis.- Un professionnel de santé, exerçant au sein du service de santé des armées ou dans le cadre d'une contribution au soutien sanitaire des forces armées prévue à l'article L. 6147-10, ou un professionnel du secteur médico-social ou social relevant du ministre de la défense peuvent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, échanger avec

une ou plusieurs personnes, relevant du ministre de la défense ou de la tutelle du ministre chargé des anciens combattants, et ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés, des informations relatives à ce militaire ou à cet ancien militaire pris en charge, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à son accompagnement. Le secret prévu au I s'impose à ces personnes. Un décret en Conseil d'État définit la liste des structures dans lesquelles exercent les personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés.

IV.- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Alors que **la totalité des médecins savent pouvoir échanger des informations médicales sur les patients dont ils assurent en commun la prise en charge**, un tiers estime ne pas pouvoir échanger d'informations avec un autre professionnel de santé, lorsqu'il s'agit de patients non communs.



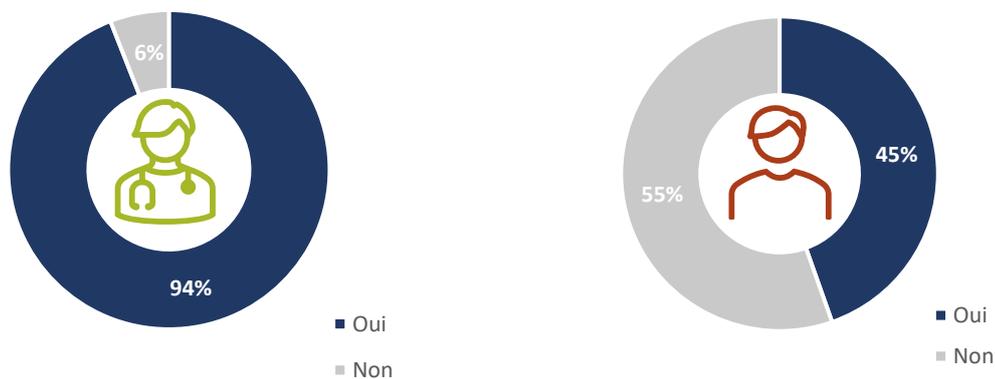
Savez-vous si les professionnels de santé peuvent échanger entre eux des informations médicales sur les patients dont ils assurent la prise en charge commune ?

Base : 1 046 répondants

Savez-vous si les professionnels de santé peuvent échanger entre eux des informations médicales sur les patients ?

Base : 1 046 répondants

Les patients sont **moins bien informés que les médecins de leur droit de s'opposer** à l'échange entre professionnels de santé de données médicales les concernant.



Le patient peut-il s'opposer à l'échange d'informations concernant sa santé entre professionnels de santé ?

Base : 1 046 répondants

Savez-vous que vous pouvez vous opposer à l'échange d'informations médicales vous concernant entre les professionnels de santé qui vous prennent en charge ?

Base : 930 répondants

DROIT D'ÊTRE INFORMÉ

Article L. 1111-2 du code de la santé publique

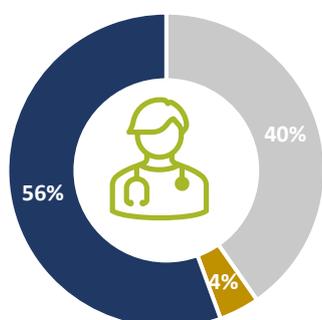
I. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission [...] ».

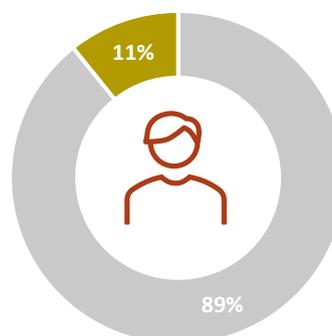
Sur le **canal de communication de l'information due au patient**, médecins comme patients mentionnent en majorité **l'oral**. Cependant, 56% des médecins estiment **dispenser également l'information à l'écrit**, alors que peu de patients (11%) indiquent recevoir une information écrite de leur médecin.



■ Oral ■ Écrit ■ Oral et Écrit

De quelle façon délivrez-vous cette information à vos patients?

Base : 1 046 répondants



■ Oral ■ Écrit

Comment cette information vous est-elle le plus souvent délivrée par votre médecin ?

Base : 930 répondants

La **traçabilité de l'information** délivrée aux patients est une préoccupation pour 88% des médecins interrogés.

Une part plus grande encore des patients interrogés (96%) estime que cette traçabilité est importante, et même obligatoire pour 97% d'entre eux.

Article L. 1111-7 du code de la santé publique

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration 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.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations. [...]

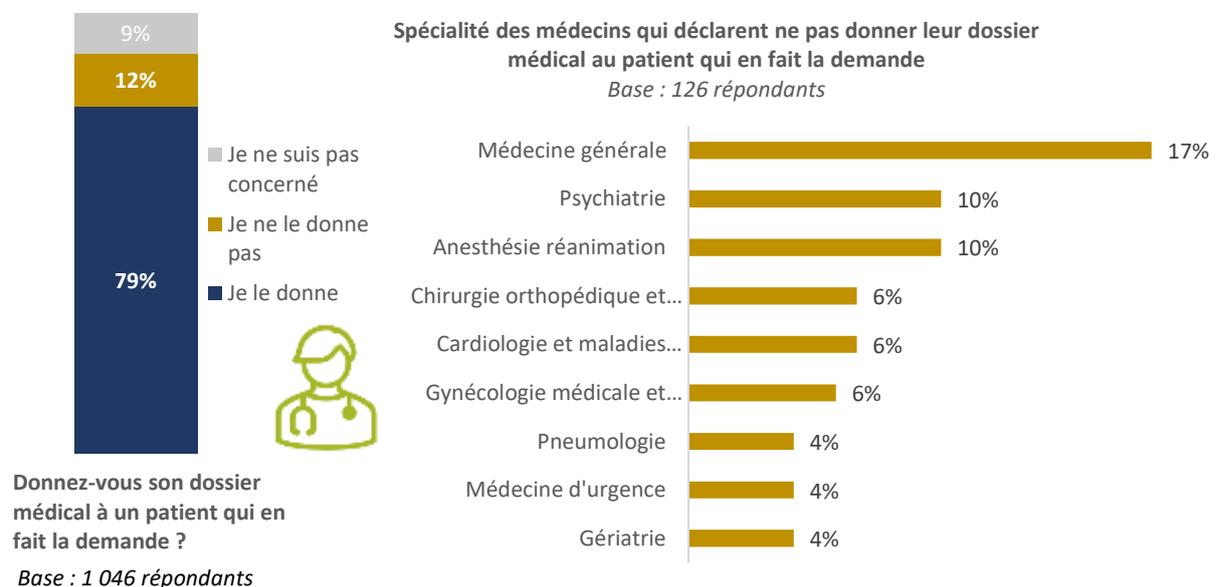
Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

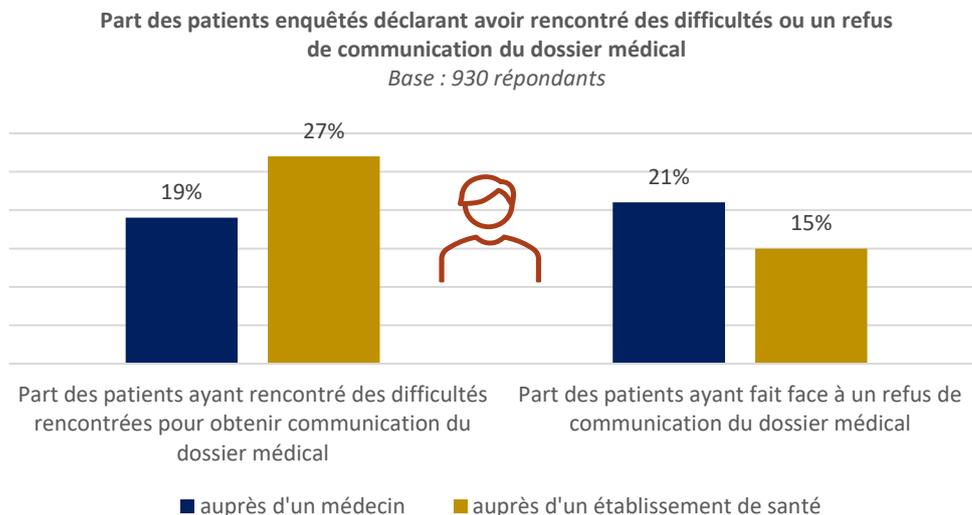
À propos du **droit d'accès au dossier médical**, à la question « *Donnez-vous son dossier médical au patient qui en fait la demande ?* », 79% des médecins déclarent le communiquer à leurs patients.

On note tout de même que **12% ne le communiquent pas** (126 répondants sur 1 046), parmi lesquels on compte une part importante de médecins généralistes :



9% des médecins interrogés se disent non concernés par les demandes de communication de dossier médical, possiblement parce qu'ils n'ont pas reçu de telles demandes. On note cependant que 24% des médecins se déclarant non concernés sont des médecins généralistes, suivis par les spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale (17%).

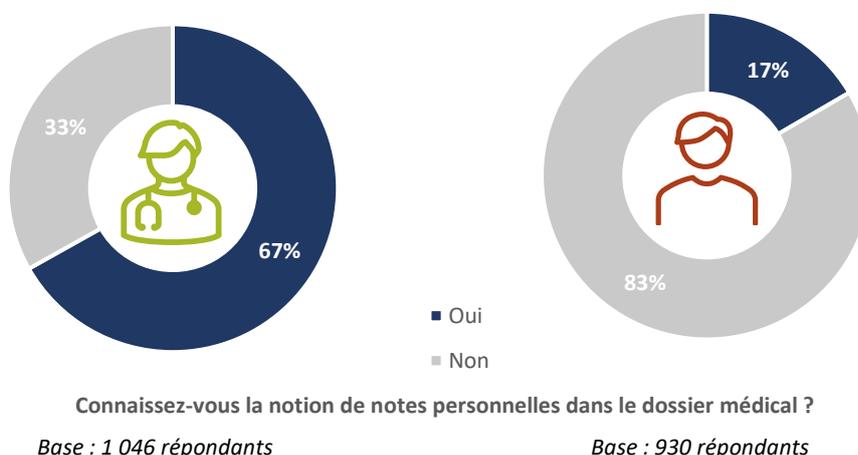
La CORAP a **interrogé les patients sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer** pour obtenir communication de leur dossier médical lorsqu'ils en ont fait la demande, ou sur les **refus de communication** qu'ils ont pu essuyer.



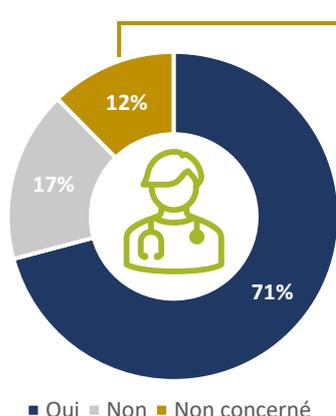
Moins d'un tiers des patients déclare avoir rencontré des difficultés ou un refus pour obtenir leur dossier médical. On constate que c'est plutôt auprès des établissements de santé qu'ils rencontrent des difficultés pour en obtenir communication, mais que c'est majoritairement auprès du médecin qu'ils essuient un refus.

À propos des **délais de communication** du dossier, **près de la moitié des médecins (43%) ignore qu'il existe des délais** pour communiquer son dossier au patient qui en fait la demande. **Près des trois quarts des patients interrogés (71%) ignorent également l'existence de ces délais.**

Quant aux **notes personnelles dans le dossier médical**, qui font partie des quelques informations auxquelles le patient n'a pas accès, elles sont connues de la majorité des médecins (67%), mais reste largement méconnue des patients, dont seuls 17% ont notion.

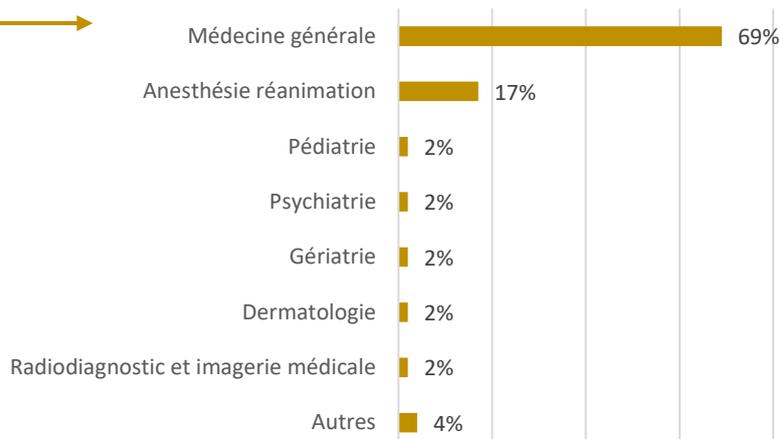


À propos plus spécifiquement de la **communication des comptes rendus**, une majeure partie (71%) des médecins **déclarent communiquer à leurs patients les comptes rendus qu'ils rédigent**. On note toutefois que si 12% des enquêtés se disent non concernés par cette communication, 69% sont, en cohérence, des médecins généralistes.



Donnez-vous systématiquement vos comptes rendus à vos patients ?

Base : 1 046 répondants



Spécialité des médecins se disant non concernés par la rédaction et la transmission de comptes rendus

Base : 129 répondants

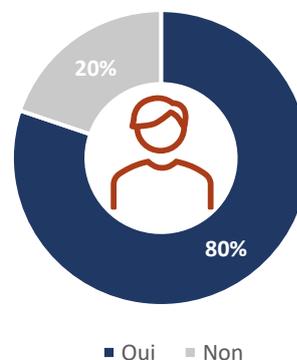
À la question de savoir si les médecins donnent à leur patient **le compte-rendu qui leur a été adressé par un confrère**, les deux tiers (66%) répondent qu'ils ne le donnent pas systématiquement au patient. Ils indiquent en commentaire le faire sur demande du patient, ou encore que cette communication ne relève pas de leur responsabilité. Certains précisent conserver ce compte-rendu dans le dossier médical du patient.

Interrogés sur la communication des comptes rendus les concernant, **80% des patients déclarent les recevoir de leur médecin**. Parmi eux, 52% disent les recevoir souvent, voire systématiquement.

Sur les 20% déclarant ne pas recevoir les comptes rendus de leur médecin, **une large majorité n'en fait pas la demande**.

En effet, si le compte-rendu ne leur est pas communiqué, 73% d'entre eux déclarent ne pas en faire la demande au médecin qui l'a rédigé.

Parmi ces personnes qui ne reçoivent pas le compte-rendu du médecin qui l'a rédigé ni ne lui en font la demande, 79% n'en font pas non plus la demande à leur médecin traitant.



Les médecins que vous consultez vous donnent-ils les comptes-rendus qu'ils rédigent ?

Base : 930 répondants

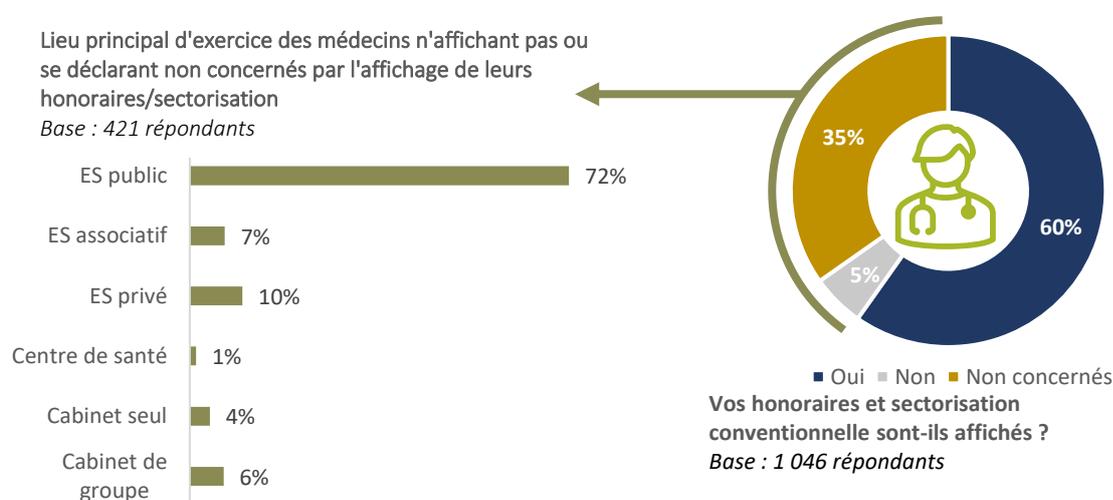
Article L. 1111-3 du code de la santé publique

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Cette information est gratuite.

Les médecins **déclarent en majorité (60%) afficher leurs honoraires et leur sectorisation conventionnelle**, 5% déclarent ne pas les afficher, et 35% ne pas être concernés (364 sur 1 046).

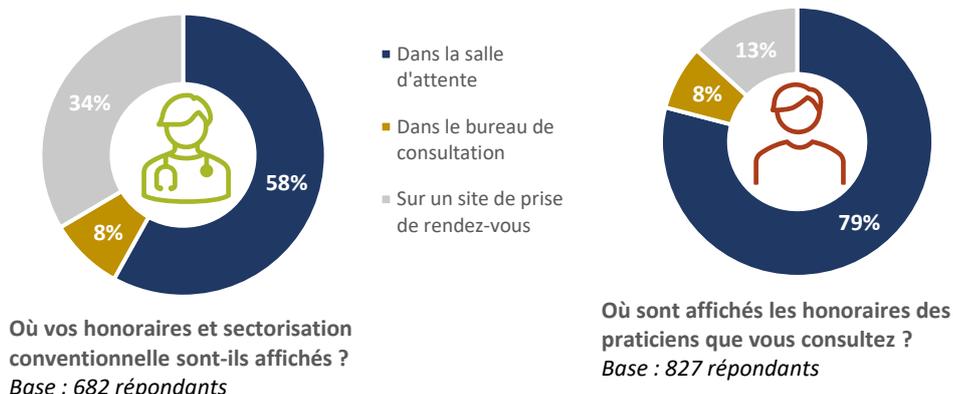
Une telle proportion de médecins **n'affichant pas ou se disant non concernés** par l'affichage des honoraires et sectorisation conventionnelle peut s'expliquer par le fait qu'un grand nombre d'entre eux (89%) exerce en **établissement de santé** sous un statut salarié majoritairement (84%).



89% patients interrogés déclarent constater que cette information est affichée par les médecins. Parmi eux, 62% déclarent que les honoraires sont affichés souvent voire toujours, ce qui semble confirmer les déclarations des médecins répondants.

On note cependant que, lorsque les honoraires et la sectorisation du médecin ne sont pas affichés, les patients déclarent ne pas lui en parler lors de la consultation.

La salle d'attente apparaît comme le lieu privilégié d'affichage des honoraires et sectorisation conventionnelles, suivi du site de prise de rendez-vous puis du bureau de consultation.



Quant à la **notion de tact et mesure** dans la fixation des honoraires, s'il n'est pas surprenant qu'elle soit peu connue des patients (75% n'en ont pas connaissance), on ne peut que relever qu'une part importante des médecins interrogés (42%) considèrent que cette notion n'est pas concrète.

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Article L. 1111-4 du code de la santé publique

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.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

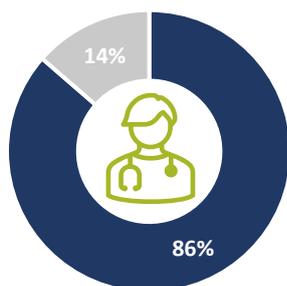
Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

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 [...].

La majorité des patients interrogés (68%) considère que la **notion de consentement libre et éclairé** est une notion concrète.

81% des patients déclarent avoir déjà **signé un document de consentement** pour la réalisation d'un acte technique.

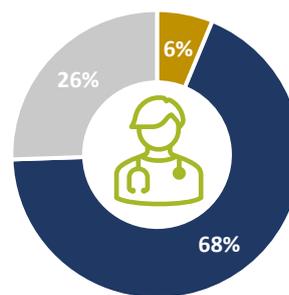
Une large majorité des médecins déclare **chercher le consentement du patient dans toutes les situations**. Une forte proportion (68%) indique en conserver la preuve, la plupart du temps à chaque fois. On pourrait ici voir un lien avec le document de consentement qu'un certain nombre de patients déclare avoir déjà signé.



■ Oui ■ Non

Cherchez-vous le consentement libre et éclairé dans toutes les situations ?

Base : 1 046 répondants



■ Non concerné ■ Oui ■ Non

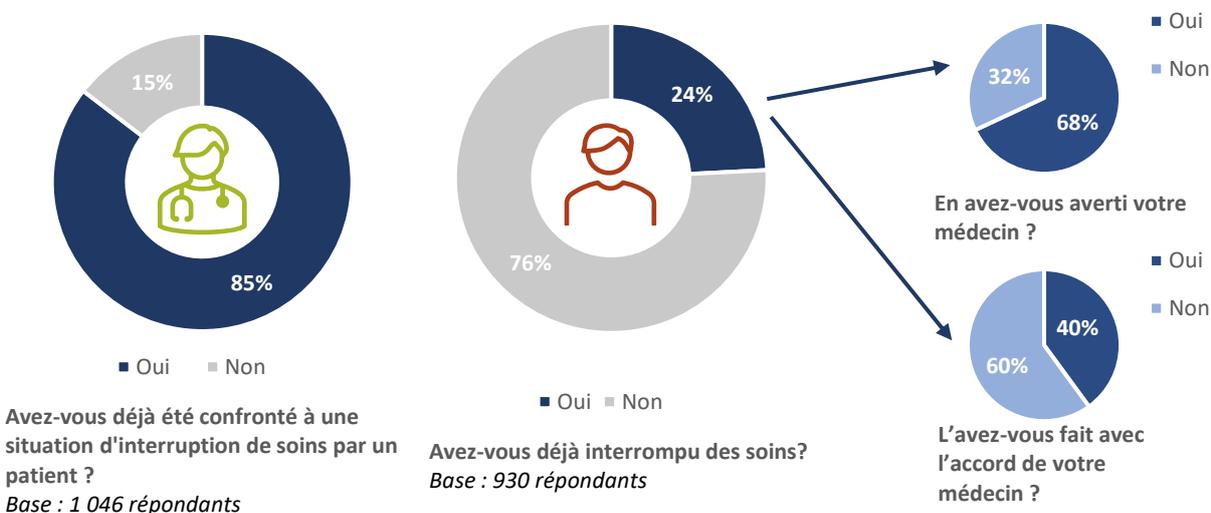
Gardez-vous la preuve de l'obtention du consentement du patient dans son dossier médical ?

Base : 1 046 répondants

Parmi les situations qui peuvent rendre difficile la recherche du consentement, les médecins indiquent en commentaires : « absence de discernement », « démence », « troubles psychiatriques », « urgence vitale », « coma », « aphasie », « barrière de la langue ».

À propos des situations d'**interruption de soins**, alors que la très grande majorité des médecins déclare avoir déjà rencontré une situation d'interruption de soins de la part de leurs patients, moins d'un quart des patients déclare avoir déjà interrompu des soins.

La majorité de ces patients ayant déjà interrompu leurs soins l'ont fait après avoir averti leur médecin, mais contre son accord.



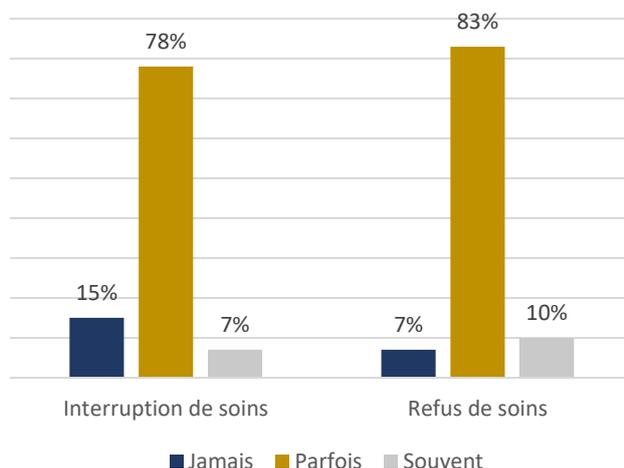
Des proportions similaires sont observées pour les situations de **refus de soins**, auxquelles une large majorité des médecins (93%) déclare avoir déjà été confrontée, alors que moins du quart des patients (22%) déclare avoir déjà refusé des soins.

Nombreux sont les motifs invoqués par les patients qui déclarent avoir déjà refusé des soins. En témoigne le nuage de mots ci-contre.

Une très grande partie des médecins déclarent donc avoir déjà été confrontés à des situations où leur patient a interrompu ou refusé des soins. Cependant, interrogés sur la fréquence à laquelle ils ont pu être confrontés à ces situations, plus des trois quarts des médecins ont déclaré les avoir parfois rencontrées, peu sont ceux qui y ont souvent fait face.

En toute hypothèse, qu'il s'agisse d'un refus ou d'une interruption de soins, la quasi-totalité (93%) des médecins interrogés en ont gardé trace dans le dossier médical du patient lorsqu'ils en ont eu connaissance.

Fréquence des situations d'interruption ou de refus de soins rencontrées par les médecins
Base : 1 046 répondants



Article L. 1111-6 du code de la santé publique

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

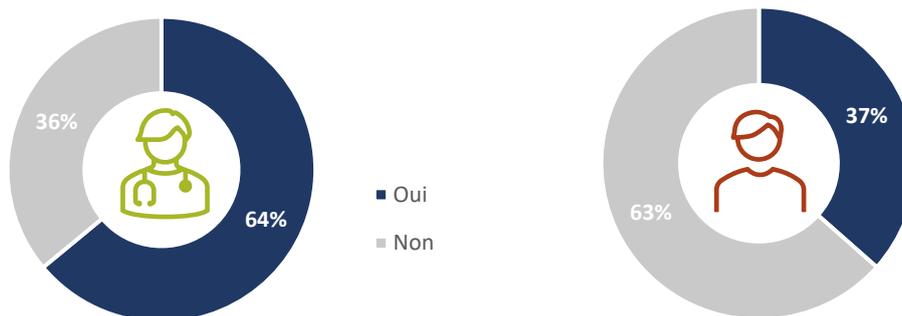
Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Interrogés sur leur connaissance du **rôle de la personne de confiance**, une **majorité des répondants**, médecins (95%) comme patients (85%), ont **répondu connaître** ce rôle.

Contrairement aux médecins, les patients s'estiment pour une grande partie mal informés sur la **possibilité de désigner une personne de confiance**, et considèrent que cette information incombe principalement aux professionnels de santé, qu'ils exercent en cabinet ou en établissement.

Près du quart des patients interrogés déclare ne pas avoir désigné de personne de confiance.



Pensez-vous que les patients soient suffisamment informés de la possibilité qui leur est donnée de désigner une personne de confiance ?

Base : 1 046 répondants

Base : 930 répondants

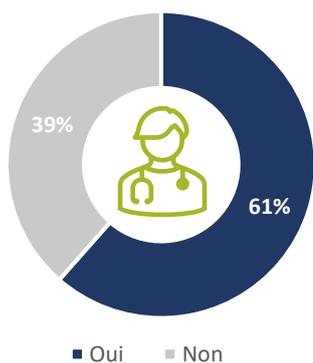
Les médecins sont assez nombreux (43%) à ne pas demander à leur patient le nom et les coordonnées de la personne de confiance qu'ils peuvent avoir désignée.

Article L. 1111-6-1 du code de la santé publique

Une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser.

Médecins (69%) comme patients (82%) s'accordent pour considérer que l'**accès aux soins des personnes en situation de handicap** est difficile.

Une majorité des médecins interrogés déclare avoir engagé, dans leur pratique, des **actions pour faciliter l'accès** des patients en situation de handicap.



« Accès physique handicapés »
 « Accès PMR »
 « Accompagnement d'un tiers »
 « Visites à domicile »
 « Aménagement des locaux » « Communication »
 « Développement de la téléconsultation »
Exemples d'actions engagées par les médecins pour faciliter l'accès aux soins de personnes en situation de handicap

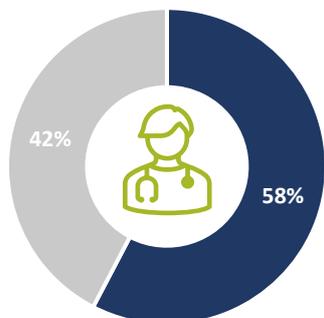
Dans votre pratique, l'accès aux soins des patients en situation de handicap a-t-il pu être facilité ?

Base : 1 046 répondants

La **présence d'un tiers aidant** lors des consultations des personnes en situation de handicap est considérée comme souhaitable par une grande majorité des personnes interrogées, médecins (92%) comme patients (91%).

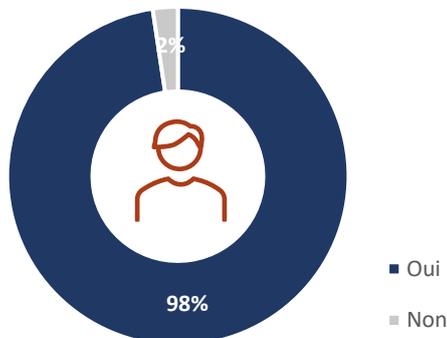
Par ailleurs, la présence d'un tiers aidant **ne paraît pas poser de problème au regard du secret médical** pour une large part des médecins (59%) et des patients (69%).

Sur la **formation des professionnels à la prise en charge du handicap**, les patients sont unanimes : les médecins devraient être mieux informés et formés sur la prise en charge spécifique de chaque handicap. Plus de la moitié des médecins rejoignent cette idée, et souhaiteraient en outre bénéficier d'un annuaire des lieux de soins dédiés à la prise en charge des différents handicaps.



Souhaiteriez-vous être davantage informé sur la prise en charge médicale spécifique des handicaps de vos patients ?

Base : 1 046 répondants



Souhaiteriez-vous que les médecins soient plus informés sur la prise en charge médicale spécifique de chaque handicap ?

Base : 930 répondants

Il importe de préciser en préambule que les dispositions relatives aux personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ne sont pas issues de la loi Kouchner, mais que ces personnes jouissent de tous les droits qu'elle consacre.

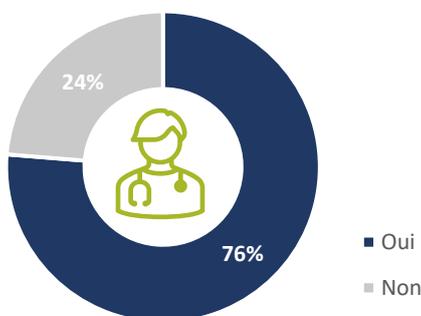
Cependant, pour l'application de ces droits (notamment l'information et le consentement), leur capacité de compréhension ou de manifestation de leur volonté peut nécessiter l'intervention d'un tiers : la personne chargée de la mesure de protection.

Article R. 4127-42 alinéa 2 du code de la santé publique

Un médecin appelé à donner des soins à un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit obtenir son consentement, le cas échéant avec l'assistance de la personne chargée de la mesure de protection. Lorsque ce majeur fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne et n'est pas apte à exprimer sa volonté, le médecin doit obtenir l'autorisation de la personne chargée de la mesure de protection, qui tient compte de l'avis exprimé par l'intéressé. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

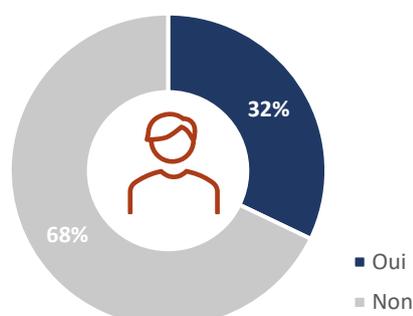
Le Conseil national apporte des précisions sur ces dispositions dans ses commentaires du texte²¹, en distinguant selon que la mesure est assortie d'une assistance ou d'une représentation relative à la personne. Le Bulletin de l'Ordre des médecins n°76 consacre également un article à cette thématique, et schématise dans un tableau les règles d'information et de recueil du consentement des majeurs protégés²².

Alors que les médecins déclarent en majorité (76%) informer leur patient ou son entourage de la possibilité de **solliciter le juge du contentieux de la protection** (ancien juge des tutelles) de la mise en place d'une mesure de protection juridique lorsque l'état du patient le nécessite, le vécu des patients interrogés est différent.



Lorsque la situation médicale du patient le nécessite, l'informez-vous ou informez-vous son entourage de la nécessité de solliciter du juge des tutelles la mise en place d'une mesure de protection juridique ?

Base : 1 046 répondants



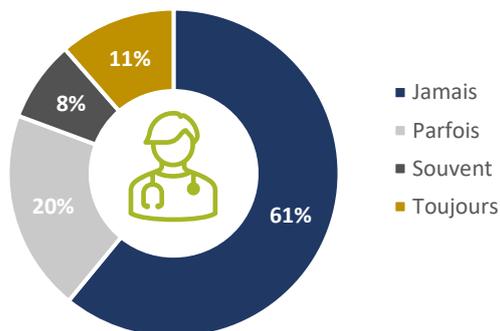
Un médecin vous-a-t-il déjà parlé de la possibilité de mettre en place une mesure de protection juridique pour une personne dont l'état le nécessitait ?

Base : 930 répondants

²¹ Disponibles sur son site internet sous le lien suivant : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-42-soins-mineurs-majeurs-protection-juridique>

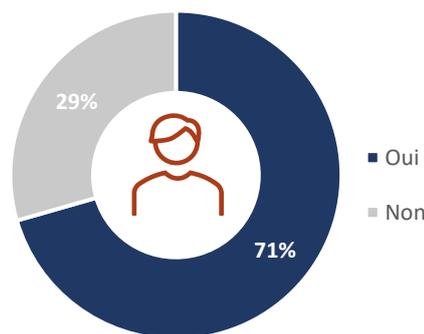
²² <https://ecatalogue-access.com/ordre-national-des-medecins/76/d/index.html?hybrid=1&from=https://ecatalogue-access.com/ordre-national-des-medecins/76/#/page/30>

Lorsqu'une mesure de protection juridique est mise en place, peu de médecins déclarent demander **communication du jugement définissant les missions de la personne chargée de cette mesure**, auquel une majorité des patients estime que le médecin peut avoir accès.



Si vous avez connaissance d'une mesure de protection juridique concernant votre patient, demandez-vous communication du jugement définissant les missions de la personne chargée de sa mise en place ?

Base : 1 046 répondants



Selon vous, le médecin peut-il consulter le jugement plaçant une personne sous mesure de protection et définissant les missions de la personne chargée de sa mise en place ?

Base : 930 répondants

La mission de **représentation de la personne**, qui peut être confiée à la personne chargée de la mesure de protection juridique du majeur, est **encore méconnue des médecins (68%) comme des patients (69%)**.

SOINS AUX MINEURS

Article L. 1111-4 alinéa 6 du code de la santé publique

Le consentement [...] du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

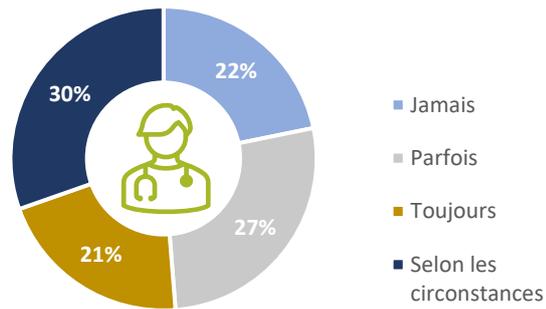
Article L. 1111-7 alinéa 5 du code de la santé publique

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès [aux informations concernant sa santé] est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Article L. 1111-5 du code de la santé publique

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

22% des médecins n'abordent jamais la **notion d'autorité parentale**, notamment dans les situations de parent seul ou de séparation, alors que les 78% restants le font à fréquence très variable, 30% estimant que cela dépend des circonstances.



Abordez-vous la question de l'autorité parentale avec les parents de vos patients mineurs, notamment en cas de séparation ou de parent seul ?

Base : 1 046 répondants

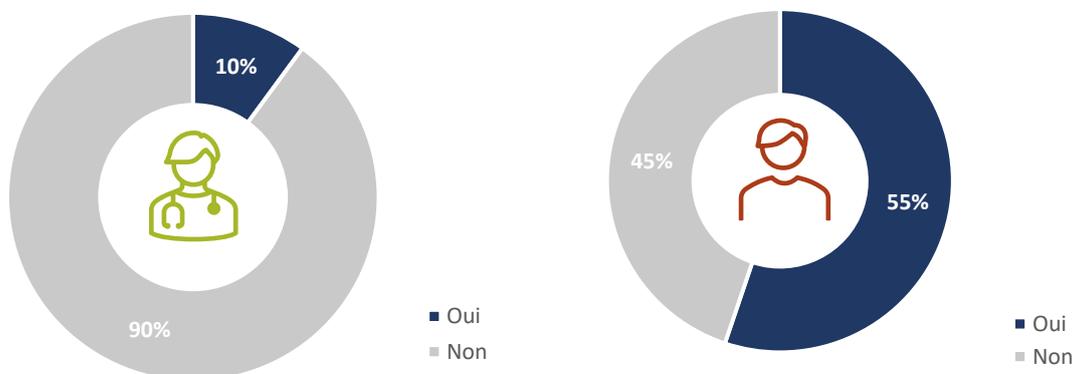
Si près de trois quarts (72%) des médecins interrogés estiment qu'il n'est **pas difficile de proposer de voir le mineur seul lorsqu'ils pensent que la situation le nécessite**, le **droit du mineur de s'opposer à la consultation de ses parents** pour les décisions médicales le concernant est fortement méconnu des patients (83%). Une part importante (48%) des médecins estime que ce droit est difficile à mettre en œuvre en pratique.

ASSOCIATIONS D'USAGERS

« La loi du 4 mars 2002 consacre la participation active des associations agréées d'usagers au processus de soins hospitaliers par les services qu'elles rendent aux malades : assistance psychologique, relais d'informations, soutien à la réinsertion sociale, réalisation de campagnes médiatiques sur la recherche médicale et représentation des usagers dans les différentes instances hospitalières ou de santé publique (commissions régionales de conciliation, commission nationale d'indemnisation des accidents médicaux, office national d'indemnisation des accidents médicaux)²³ ».

La quasi-totalité (90%) des médecins déclare ne jamais consulter la **liste des associations d'usagers agréées**, ceux qui la consultent déclarant le plus souvent travailler en partenariat avec elles. Pour 48% des médecins, les associations d'usagers devraient avoir une place plus importante dans le soin.

En outre, 63% des médecins interrogés souhaiterait disposer d'un **recensement des sites certifiés d'information en santé**.



Consultez-vous dans votre pratique la liste des associations d'usagers agréées ?

Base : 1 046 répondants

Selon votre expérience, les médecins ont-ils recours aux associations d'usagers ?

Base : 930 répondants

De l'expérience des patients interrogés, **plus de la moitié (55%) déclare que leurs médecins ont recours aux associations d'usagers**. Cette donnée peut cependant apparaître biaisée au regard de l'appartenance des personnes interrogées à des associations d'usagers.

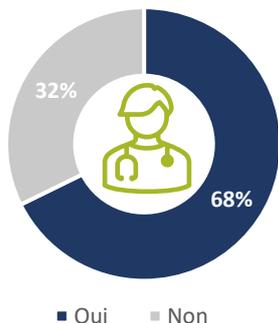
PATIENT EXPERT

Le patient expert est défini par la HAS comme celui qui « a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l'expression des autres patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes. Pour l'instant, il n'existe pas de reconnaissance institutionnelle du statut de patient-expert en établissement de santé. Pour autant, des associations de patients, des universités et des hôpitaux ont lancé des formations destinées à ces patients-experts ».

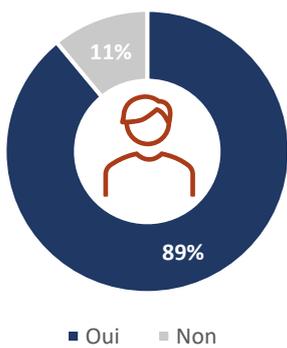
La notion de patient expert est encore assez méconnue des médecins (59%) et des patients (64%).

²³ DAJ AP-HP, *Présentation de la loi du 4 mars 2002*, 19/08/2002

La définition du patient expert par la HAS reprise ci-dessus a été présentée aux personnes enquêtées, qui, après en avoir pris connaissance, ont donné leur avis sur l'opportunité de développer ou non ce concept.



Pensez-vous que la notion de patient expert doit se développer davantage ?
Base : 1 046 répondants



Pensez-vous que la notion de patient expert doit se développer davantage ?
Base : 930 répondants



Article L. 1142-1 du code de la santé publique

I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

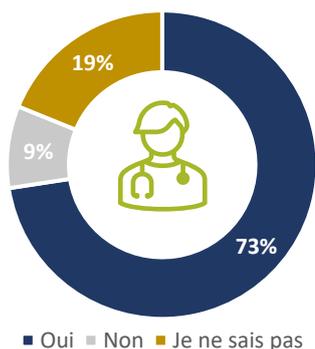
Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

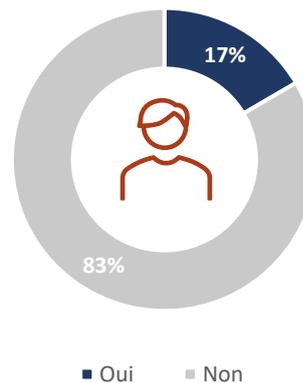
Une grande majorité des médecins (73%) considère que la responsabilité juridique du médecin est de plus en plus recherchée par les patients.

Les patients connaissent cependant assez mal les procédures d'indemnisation des dommages médicaux.



Estimez-vous que la responsabilité des médecins est de plus en plus recherchée par les patients ?

Base : 1 046 répondants



Connaissez-vous les procédures d'indemnisation des dommages médicaux ?

Base : 930 répondants

Interrogés sur la notion d'aléa thérapeutique, 86% des médecins interrogés déclarent connaître cette notion, contre moins du tiers des patients (31%).

L'impact de la loi Kouchner sur la relation médicale

Plus de la moitié des médecins interrogés (57%) considère que la loi Kouchner a eu un impact sur l'exercice de leur profession, qu'elle a modifié.

Quant à l'impact de cette loi sur la relation médecin-patient, si une part importante (57%) des médecins considère que la relation médicale en a été modifiée, cet impact est moins ressenti chez les patients (42%).

Au-delà des chiffres et pourcentages issus du questionnaire, les personnes, médecins comme patients, invitées à répondre à la question suivante : « *Pensez-vous que la loi Kouchner a changé la relation médecin patient ?* » ont émis des commentaires très nombreux et variés, dont on peut cependant dégager de grandes tendances.

Positifs ou négatifs, souvent tranchés, parfois difficilement interprétables ou très personnels, mettant en exergue un sentiment ou reflétant un vécu, se résumant à un seul mot ou constituant, au contraire, une véritable explication de texte, tous ces commentaires, quels que soient leurs auteurs, valident l'importance de cette relation dans le soin.

Ainsi, **pour les médecins** cette relation : « *c'est la base de notre pratique* », « *c'est mon outil de travail* », « *le pilier de notre exercice* », « *primordiale* », « *un point essentiel* », « *fondamentale* », « *unique et irremplaçable* » qui « *fait partie de la richesse de notre profession* » et « *en fait tout l'intérêt que j'y porte* ».

Quant aux patients, ils affirment que « *le médecin de famille a toujours été très important. Bien souvent il connaît toute la lignée de la famille* », cette relation est « *très importante car la santé est un sujet très intime et personnel qui doit être préservé* » faisant d'elle une relation « *vitale, un médecin qui connaît son patient est d'autant plus efficace* ».

Bien souvent, médecins comme patients sont revenus aux fondamentaux du lien qui les unit dans cette relation si particulière consacrée aux soins « *qu'aucune loi ne peut régir* » : écoute, bienveillance et humanité, respect et dévouement, se retrouvant à l'unanimité autour d'un seul mot pour la définir : « **LA CONFIANCE ».**

Et pour les patients, on peut lire : « *c'est, avant tout, une relation de confiance, d'échanges et aussi de sympathie, du moins, telle que je la vis, avec mon médecin* », souvent « *liée à l'ancienneté de la relation* », toujours « *essentielle et qui doit s'articuler autour des compétences, de l'humanité et de la confiance réciproque* » car « *le médecin est un personnage clé qui devrait, doit ou nous permet d'échapper à l'isolement social pour raisons de santé* » et la confiance « *est primordiale dans la prise en charge : compréhension de la maladie et des soins, observance des traitements, etc.* » d'autant que cette relation « *est une relation humaine complexe* », nécessitant de son médecin « *proximité, réceptivité des émotions, réconfort dans la prise de décisions difficile* », car « *en principe, notre médecin nous connaît et il peut mieux nous raisonner qu'une machine* ».

Tandis que les médecins estiment que cette relation est « *bonne si les patients vous font confiance* », nécessite le « *respect et la confiance partagée* », doit être « *basée sur une confiance mutuelle qui passe par une information claire et compréhensible des patients sur leur parcours de soins ainsi que par une écoute active des patients ou de leurs parents* », un de nos confrères martelant : « *Confiance, confiance et confiance avec ou sans loi, La confiance est le socle d'une relation durable et sereine* ».

Au point même qu'un **médecin** conclut : « *lorsque la confiance n'est plus au rendez-vous, la relation médecin-patient doit s'arrêter* », et un **patient** renchérit : « *un profond respect mutuel s'installe, si ce n'est pas le cas, il faut changer de médecin* ».

Bien sûr, la qualité de cette relation et la confiance dépendent de plusieurs facteurs facilement identifiés, sans omettre le contexte récent épidémique et l'évolution des mentalités sociales qui interviennent dans le ressenti exprimé, faussant l'impact réel que l'on peut attribuer à la loi.

Pour certains médecins, si la relation médecin patient « ne peut pas s'apprendre, car elle dépend du degré d'empathie de ce dernier et de l'actualisation de ses connaissances médicales », d'autres estiment qu'« elle change avec les générations. Toutes ces questions étant problématiques pour les plus vieux médecins ».

Sur ce point, les patients sont d'accord et très prolixes, « La relation est extrêmement tributaire des médecins. Certains sont dans une relation d'empathie, d'autres sont mal à l'aise ; d'autres encore sont "froids" dans le contact avec le patient voir brutaux », en fait « tout dépend de la façon dont on lui donne les infos », car « le médecin a un "jargon" spécifique qui est souvent incompréhensible par les patients », et « le stress des médecins nuit à la relation », « le pire a lieu lors des annonces de diagnostics. Il faudrait une formation des médecins pour les rendre humains », d'autant que « certains médecins en sont encore à la toute-puissance du savoir médical sans prendre en compte les compétences acquises par celui qui vit la maladie et ou le handicap et qui, par son expertise, sait souvent mieux ce dont il a besoin ! », or selon eux « La méconnaissance de certaines maladies peut conduire à des retards de diagnostic préjudiciables au patient... », en revanche « si le médecin est disponible, à l'écoute, bienveillant, les sujets au-dessus soulevés peuvent être abordés », car « c'est compliqué de pouvoir se confier... », mais certains sont tout de même réalistes, « Ça dépend du médecin...et du patient, j'observe que les patients se comportent en consommateur de soins et ne laissent pas aux médecins la recherche du diagnostic ou les thérapies possibles ».

Toutefois, s'inquiète un médecin : « La société change et la relation médecin-patient en pâtit. Le tout est aggravé par les problèmes de démographie médicale, de réformes inappropriées (délégations de compétences) et par l'augmentation exponentielle de pratiques de soins à la mode (ostéopathie, etc.) dont l'efficacité reste à prouver... La médecine perd du terrain et la prise en charge du patient se trouve petit à petit morcelée entre plusieurs acteurs ».

Cela est ressenti par les patients qui écrivent, « quand il y aura assez de médecins, on pourra peut-être parler de relation », car pour certains elle est « mise à mal par le nombre de patients sans médecin traitant » et que « vu le désert médical, le patient subit son médecin et ne le choisit plus ! voilà pourquoi la confiance disparaît et que la relation patient / médecin se détériore », ainsi « les généralistes sont surbookés et certains spécialistes en hôpital et clinique travaillent "à la chaîne" sans vraiment connaître le malade », « Les médecins n'ont pas le temps d'établir une véritable relation avec leur patient , pris par le nombre de patients à recevoir en une journée et la charge de travail administratif à fournir », « la relation reste trop limitée par le médecin en temps consacré et en fréquence, d'où les insatisfactions et le nomadisme très répandu » si bien qu'un patient revendique même, « laissons au patient la liberté de se soigner selon la médecine qu'il souhaite : allopathie, homéopathie, aromathérapie... ».

Ainsi, beaucoup de médecins expliquent que la relation avec leurs patients « se déshumanise » car si « elle est globalement de qualité, il semble y avoir de plus en plus d'incivilités », du fait « de patients excédés par un accès aux soins compliqués et de plus en plus exigeants », qu'elle est « gratifiante souvent, navrante parfois », qu'elle a été modifiée « par l'utilisation de l'informatique et les démarches de traçabilité. On regarde plus son écran que la personne ! », qu'elle « se détériore par manque de temps, l'hypertechnicité, la téléconsultation, les médias », qu'elle se dégrade, et beaucoup le disent, « au prorata de la faillite du système », et, « avec la raréfaction des médecins et soignants en général, les délais de rendez-vous » qui augmentent.

Les patients font une analyse similaire, « elle doit rester humaine ». « Cette relation vit avec son temps et les relations humaines ont beaucoup évoluées depuis deux décennies », maintenant c'est souvent « chacun sa route, chacun son chemin », or « la relation peut être très bonne comme très mauvaise. Cela dépend de beaucoup de paramètres. La disponibilité

du praticien en premier lieu, mais aussi sa bienveillance envers son patient », car « l'accompagnement ne se résume pas à un diagnostic médical », la relation « est trop formalisée. Le patient devient une rubrique d'un protocole », de surcroît, « cette relation doit rester humaine et ne pas devenir virtuelle », or elle « n'est plus ce qu'elle était depuis l'utilisation des écrans », « l'exercice de la médecine est devenu trop technique. Le temps du dialogue doit être reconnu », or « ça dépend des médecins, de leur capacité à l'écoute et à ne pas juger. Il manque parfois une communication d'informations au patient sur la pathologie, comment fonctionne le traitement, à quoi faut-il faire attention ensuite », il y a « trop peu de prise en compte de la globalité de la situation du patient » et, on y revient, « la rapidité souvent constatée dans les consultations exercée par les médecins peut entraver une bonne relation », faisant qu'« il manque souvent la partie humaine alors que la visite est déjà stressante en soi. Malade, il faut être efficace et synthétique » alors que « la frayeur, profondément ancrée et très répandue, paradoxalement, est celle d'être "abandonné" par le thérapeute si on objectait un doute face à un traitement », toutefois certains précisent qu'« en dehors de la médecine de ville où les échanges sont plus simples, dès qu'un patient consulte un spécialiste cela devient beaucoup plus compliqué d'avoir des informations et des échanges, quant au dossier médical !!!!! » cela semble encore pire.

Ainsi, si **certains médecins** considèrent que le « relationnel est détérioré » et qu'ils ont la « sensation de réaliser un métier de moins en moins humain et beaucoup plus sur le ton de la consommation de soins » d'autres vont plus loin dans l'analyse et s'interrogent : « le patient est-il toujours un patient ? Le médecin devient un dû et un prestataire avec des contraintes administratives et législatives tellement importantes qu'elles empêchent de faire le métier premier : écouter, proposer, informer et soigner » en précisant que « le respect envers le médecin se dégrade car tout lecteur d'Internet devient "expert" », « il n'y a plus de patients, il y a des clients qui vous donnent des notes négatives sur Google », « l'exigence des patients pour la demande d'examens complémentaires est importante », et par « la mise sur le même plan de la parole médicale avec celle journalistique, de la croyance populaire, de la pseudo médecine et des copains du bistrot », « les patients ont perdu la confiance aveugle en leur médecin au profit d'une théorie du complot entretenue par les réseaux sociaux ».

Et **certains patients** le confirment, « la médecine étant un art et non une technique, elle devrait être fondamentale, et prise en considération en tant que telle dans tout le système de santé, alors qu'aujourd'hui, il est souvent réduit à un système de gestion économique », ainsi « cette relation prend de plus en plus un aspect clientéliste que patientèle », « car sans volonté de construction d'une alliance thérapeutique souvent de part et d'autre », sans oublier ce qui manque parfois, à savoir « la politesse du patient ».

Il est clair pour **de nombreux professionnels** que la relation médecin-patient subit aujourd'hui, aggravée par l'épidémie Covid, « une perte de confiance qui rend l'exercice plus difficile ».

Alors que **pour les patients**, il est « difficile de trouver un "médecin de famille" comme avant », « on a perdu un peu la notion du vrai médecin de famille d'autrefois, dommage ! », et si « la notion de médecin de famille se perd. la disparition du médecin de famille rend cette relation moins efficace par manque de connaissance de l'environnement du patient notamment ».

Il faut noter ce cri au milieu des commentaires : « POUR LES HANDICAPES, C'EST LA GALERE ! »

Pour autant, certains estiment que la loi Kouchner n'est pour rien dans l'évolution de la relation médicale :

Ainsi, **certains médecins** s'interrogent, « les changements existent mais sont-ils dus à cette loi ? », et d'autres affirment « c'est toujours un colloque singulier et la loi de 2002 n'y a rien changé », en expliquant « la relation médecin patient peut faire l'objet de toutes les lois possibles, elle n'évoluera toujours que dans le sens des relations sociales », de surcroît « elle est plus basée sur mon désir d'être au service des patients et de leurs familles, sur mon attention à communiquer avec eux en fonction de leurs attentes, et sur la relation de confiance que nous entretenons que sur une loi quelle qu'elle soit ».

Tandis que **des patients** regrettent, « *pourquoi malheureusement faut-il une loi pour intervenir dans cette relation médecin-patient, qui a toujours été si précieuse pour le patient ?* », tout en constatant, « *La relation médecin-patient est vraiment liée à l'investissement humain que souhaite lui donner le médecin, au-delà d'un texte législatif, certes il encadre... mais l'empathie, l'intérêt notamment pour la personne âgée et sa prise en charge dans sa globalité sont extrêmement variables d'un médecin à l'autre* », « *cette loi pourtant fondamentale n'est pas encore incarnée... peu de médecins associent le patient aux décisions qui le concernent* », d'autres expliquent « *je pense que l'arrivée d'Internet a plus bouleversé cette relation que cette loi* », alors que d'autres en sont sûrs « *la profession s'est féminisée et les rapports s'en voient modifiés* ».

Toutefois, beaucoup de commentaires sont pour confirmer que la loi Kouchner est à l'origine de modifications :

Certains médecins le confirment en disant : « *Je n'ai pas connu la relation médecin patient avant cette loi, mais lorsque j'entends les patients en parler ou des confrères plus âgés l'évoquer, je pense que cela a en effet été une révolution* ».

En reconnaissant notamment l'apport du consentement éclairé :

Par les médecins : c'est la « *fin de la relation paternaliste médicale* », « *on n'est plus des êtres tout puissants décidant à la place des patients* », « *cette relation médecin patient n'est plus une relation d'autorité mais d'accompagnement* », « *le patient est plus actif dans les étapes du parcours de soins, il est responsabilisé, le médecin partage mieux l'information et les choix de soins* », et ainsi « *elle est plus équilibrée* » en raison notamment de « *plus de transparence et de décisions partagées* », d'ailleurs « *pour la jeune génération, la relation s'inscrit dans un contrat de confiance et d'adhésion au projet thérapeutique loin de la relation verticale des patients avec leurs anciens médecins* », avec pour objectif « *l'échange et la compréhension du traitement et des bénéfices/risques qui améliorent la compliance du patient* », « *garantit et renforce le droit des patients et donc leur sécurité* ».

Par les patients : si certains estiment que et « *le consentement éclairé est pratiqué par certains médecins plus jeunes* », « *depuis, j'ai remarqué particulièrement chez les jeunes médecins une bien meilleure écoute et une meilleure compréhension de ce que peut ressentir le patient* », beaucoup témoignent que cette relation est devenue une « *relation à l'horizontale (égal à égal) et non pas patriarcale ou pyramidale* » sous une forme « *coopérative et responsabilisante* » avec « *davantage de considération du patient de la part du médecin* », il y a une « *désacralisation du professionnel de santé* » au regard « *d'autrefois où le médecin était sur son piédestal : lui savait et le patient devait suivre ; aujourd'hui, ce sont les indications du patient qui contribuent à compléter les signes cliniques et orientent le diagnostic* », ainsi « *grâce à la loi Kouchner les patients sont moins considérés comme des n° ou des cas* », « *désormais, il me semble que le patient est plus consulté qu'auparavant, où nous étions un peu dépendant des décisions des médecins sans réellement avoir notre mot à dire. Je pense que la considération n'est pas la même, même s'il reste énormément de travail à faire* », car « *le relationnel reste un critère essentiel et aujourd'hui vital dans notre société* », si bien que « *en tant que patient ou pour défendre un proche vulnérable, ce texte de loi permet de se sentir légitime pour demander un échange aux soignants ou institutions habitués à ne pas tenir compte du ressenti du patient ou de ses proches. Cela permet d'insister sur la dimension humaine et pas uniquement technique de la prise en charge. En matière de bénéfice/risque pour le patient, cela rappelle qu'il y a aussi des bénéfices ou des risques sur le plan psychologique, social, etc. dont il faut également tenir compte. Cette loi permet de rappeler au corps médical, si besoin, qu'il s'agit de prendre soin d'un sujet malade, d'une personne souffrante, et non d'un patient-objet à observer puis à réparer. Avoir un échange humain, et donc individualisé, améliore considérablement la qualité des soins voire l'ensemble d'une prise en charge lorsque différents professionnels sont mobilisés autour d'un même patient* », de même, beaucoup rapportent que « *le patient est mieux informé, on prend on compte ses choix et il y a une meilleure communication aux patients de son dossier* », « *avant cette loi, le patient*

n'arrivait pas à avoir les comptes rendus des consultations, il était moins informé », « l'accès au dossier médical est un peu plus aisé ».

Ou en décrivant la « judiciarisation » de la relation et ses conséquences :

Pour les médecins : *« sa définition a changé au fil du temps. La confiance s'est transformée en défiance, des 2 cotés », car ce fut « l'entrée du médico-légal dans la relation », avec « l'augmentation du nombre de procédures qui a dégradé la relation médecin patient », « entraînant stress, et perte de temps/travail pour le médecin » puisque « le patient peut à tout moment se retourner contre son médecin, cela a induit une méfiance de la part des médecins et cela a eu un impact sur la relation de confiance ».*

Pour les patients : *« pour le médecin, le patient devient l'ennemi potentiel qui peut l'attaquer au tribunal » car « le patient a eu la possibilité de devenir le maître de l'attelage concernant sa santé. La charge de la faute en cas d'accident ou aléa repose désormais sur le médecin. À lui de faire la preuve qu'il a bien informé le patient des risques en rapport avec l'acte », il est donc devenu « difficile d'avoir un juste milieu, entre la peur de suite judiciaire des médecins, et la nécessité d'une information large », car « l'excès de procédure peut empêcher les médecins d'avoir des relations plus naturelles avec leur patient » et même « les médecins demandent aux patients de prendre des décisions médicales sans que l'on ait vraiment la capacité de le faire. Certains se déchargent complètement sur le patient », certains en concluent même que « les dépassements d'honoraires en progression partout viennent peut-être de là » alors que d'autres écrivent néanmoins qu'« un dialogue médecins-représentants d'usagers s'est instauré dans les CRCI ».*

Tout en étant très clair : *« Elle doit rester intouchable quant au secret médical ».*

Alors, pour maintenir le relationnel indispensable pour des soins de qualité, certains médecins expliquent *« restons-en au bon sens et à une relation honnête » à savoir « respect, information, confiance »* puisqu'« elle est fonction du cadre dans lequel elle s'établit » car *« même si les textes sont importants, la clé de la confiance et d'une vie professionnelle épanouie est le dialogue sincère, tolérant et respectueux »,* et *« d'un autre élément important et incompressible qui est le temps accordé aux patients »,* tant il est important de pouvoir *« concilier le temps médical et le temps des patients », « l'augmentation des consultations en one-shot depuis l'avènement des permanences médicales ne permettant pas d'établir un lien profond et durable avec le patient ».*

Tandis que d'autres précisent : *« la loi Kouchner a fait évoluer cette relation de niveau paternaliste à adultes égaux mais elle reste inégalitaire par nécessité car le médecin est l'expert, il a un savoir médical et une expérience, ce pourquoi le patient vient consulter », « patient qui doit aussi s'intéresser plus concrètement à sa santé et ne pas tout attendre du médecin et de l'institution »,* ce qui nécessite que *« le médecin doive toujours bien informer le patient si possible. Il ne faut surtout pas infantiliser le patient »* d'autant que *« les patients sont aujourd'hui plus informés mais souvent, ils sont mal informés ».*

Pour cela, les professionnels sont d'accord pour dire que *« l'écoute attentive, et l'évaluation clinique du patient en se centrant sur ses problématiques apportent de nombreuses clés pour leur résolution », « le côté humain ne devant pas s'effacer face au progrès de la science médicale et de la technique »,* même s'ils reconnaissent que les médecins *« ont encore du travail à faire sur comment informer de manière loyale, bienveillante, et honnête les patients, et les patients en sont bien conscients et sont en demande de ça »,* qu'il faudrait *« proposer plus de groupes Balint aux professionnels de santé car la relation médecin patient pompe aussi beaucoup le soignant et il faut les protéger »,* mais aussi *« d'indexer honnêtement les honoraires des médecins généralistes »,* car *« le temps d'écoute, d'information n'est pas valorisé par rapport à l'acte technique ».*

Quant aux patients, ils sont conscients qu'« il reste encore à faire évoluer les choses afin que cette relation soit plus équilibrée », et notamment *« que les spécialistes ne se comportent plus en super technicien de leur spécialité, négligeant l'entièreté de son patient »,* les patients

estimant même que « les cours de psychologie devraient être développés », « l'empathie doit être enseignée ainsi que l'annonce diagnostique en faculté de médecine », d'autant que certains estiment que « la loi Kouchner ne doit pas s'appliquer systématiquement concernant l'information du patient. Il faut sonder le patient pour savoir s'il veut tout savoir ou pas », et d'autres précisent « je trouve que les médecins devraient être plus formés à la pédagogie et à l'éducation thérapeutique, cela améliorerait selon moi l'observance et l'adhésion au traitement », sans oublier aussi qu'il y a une « pédagogie insuffisante des médecins, notamment en matière de prévention » et même s'il « y a du mieux au fil des années, tant que les médecins ne seront pas formés à l'approche humaine et seront surchargés de travail, ils ne pourront pas consacrer du temps à l'humain et resteront dans la technique ».

Les patients estiment que « le médecin traitant doit prendre son temps et tenir compte de l'âge et de la pathologie de son patient pendant la consultation », car cette relation est une « relation de confiance construite dans le temps. le médecin a un devoir d'écoute et de conseil, également avec la personne de confiance », et ne doit pas « oublier la présence du curateur/tuteur ».

Mais beaucoup font le même constat « le nombre de médecins en baisse remet en cause le principe même de cette loi ; faute de temps, la prise en charge du patient se dégrade », « la relation médecin patient est une relation d'échange mais la baisse de la démographie médicale les entraîne à concentrer le temps médical sur les soins », « Trop de patients engendre une méconnaissance ou un mauvais suivi de chaque patient, pour être efficace, il faut plus de médecins », et s'indignent « je suis scandalisé par le manque de reconnaissance de l'État qui ne revalorise pas le travail du milieu médical ».

Toutefois, certains patients relativisent, « le patient est beaucoup plus impliqué dans son parcours de soin, ses droits et ces besoins sont nécessaires, cependant il ne faut pas que le médecin "perde" sa place et son rôle », puis s'interrogent « du père, le médecin doit-il devenir un ami pour que le patient se sente soutenu entendu et compris ? », et mettent en garde « il faut garder une certaine distance, le médecin n'est pas un copain ».

D'autres avancent même l'idée qu'« on arrête de voir le médecin comme un sauveur / un "sachant", c'est mieux pour le patient et mieux pour le médecin également sur qui TOUTE la responsabilité ne doit pas reposer ! », « il faut oser parler, poser les questions. Et même dire non à son médecin quand on n'est pas d'accord », ainsi s'il y a « des progrès à obtenir dans l'éthique de cette relation, reste aux patients de s'impliquer davantage dans leur accès aux soins, ne pas s'imaginer que "ça n'arrive qu'aux autres", intégrer des commissions d'usagers, de vie sociale etc. Le patient doit aider à maîtriser la manière dont les soins lui sont prodigués, ceci dans le respect de la charte le concernant telle que la loi Kouchner l'a définie en son temps en essayant de l'améliorer. Cela passe par une prise de conscience du personnel médical et une responsabilisation des patients qui doivent donc être informés et formés dans ce sens, ce rôle étant dédié aux associations membres des collectifs sur la santé, le handicap et le vieillissement », voilà pourquoi, faute de temps pour les médecins, « le patient ayant toujours, voire plus besoin d'écoute et de soutien, le rôle des patients experts et associations d'usagers va être de plus en plus prégnant ».

Alors certains ont la solution : « Oui la loi Kouchner a fait bouger les certains médecins, mais une grosse partie de la population n'est pas informée. Et c'est très regrettable », « Il faut continuer à expliquer ce qu'apporte cette loi aux patients, leur droit au respect et à l'écoute, trop souvent oubliés dans le milieu médical ». De même, certains estiment que « la loi Kouchner ne doit pas s'appliquer systématiquement concernant l'information du patient. Il faut sonder le patient pour savoir s'il veut tout savoir ou pas ».

Et, pour cette « relation qui doit être durable, prendre un médecin plus jeune que soi », ne pas oublier que « la présence des représentants d'usagers (en CDU, en CPAM et en CTS) est très importante pour sensibiliser les professionnels de santé à la nécessité d'améliorer la relation médecin-patient et de porter la parole des patients afin de défendre leurs droits », « Trop de patients engendre une méconnaissance ou un mauvais suivi de chaque patient, pour être efficace, il faut plus de médecins ».

CONCLUSION

En soumettant cette enquête à une cohorte de médecins et à un certain nombre de patients, la CORAP a cherché à établir un état des connaissances et de l'application par chaque acteur de la relation médicale des droits et obligations qui sont les leurs, vingt ans après l'entrée en vigueur de la loi Kouchner.

Cette enquête, réalisée dès que possible en miroir, a permis de tirer un certain nombre d'enseignements, dont le premier n'est pas extrait de l'analyse même des résultats, mais des retours exprimés par oral par des médecins y ayant participé, sur l'intérêt de mener auprès d'eux une telle enquête. En effet, certains appellent de leurs vœux une meilleure connaissance des droits et obligations qui innervent la relation médecin-patient, et ont manifesté auprès de la Commission des études statistiques leur intérêt et leur satisfaction de voir le Conseil national réaliser ce travail d'enquête.

C'est certain, aujourd'hui encore, médecins comme patients valident l'importance de cette relation médecin-patient et disent tenir aux fondamentaux de ce lien particulier qui les unit dans le soin et que, pour certains, « aucune loi ne peut régir », que sont « écoute, bienveillance, humanité, respect et dévouement », se retrouvant à l'unanimité autour d'un seul mot pour la définir : « LA CONFIANCE »

Alors bien sûr, la qualité de cette relation et de cette indispensable confiance découle de plusieurs facteurs facilement identifiés qui dépendent *intuitu personae* du médecin et du patient, de l'évolution sociétale, générationnelle, des modifications de l'exercice médical et l'apport des nouvelles technologies, sans oublier la situation grave et préoccupante de la démographie médicale, le manque de plus en plus délétère de ce temps médical indispensable au patient et le contexte épidémique récent, qui interviennent inévitablement dans le ressenti exprimé, faussant probablement l'impact réel que l'on peut dans cette enquête attribuer à la loi Kouchner.

Toutefois, si le relationnel semble aujourd'hui détérioré en raison d'une profession qui se dit dépossédée du soin pour n'être plus qu'un prestataire soumis à des contraintes diverses et croissantes face à des patients consuméristes et exigeants et parce que les patients se sentent abandonnés et mal entourés, chacun reconnaît que la loi Kouchner a autorisé, par ses propositions, des améliorations dans la relation médecin-patient devenues depuis incontournables.

Ainsi chacun est-il d'accord pour dire que, depuis le 4 mars 2002, cette relation n'est plus une relation d'autorité mais d'accompagnement, apportant par un équilibre trouvé, une écoute mutuelle et nouvellement éclairée, un renforcement de l'adhésion des patients aux traitements et la réussite des soins.

Et si le constat fait par ce rapport prouve que toutes les propositions de la loi Kouchner ne sont pas encore suffisamment appliquées, médecins et patients, malgré les difficultés, ne renoncent pas, souhaitant au travers de leurs témoignages ainsi recueillis, dépasser les obstacles contextuels et persévérer dans la connaissance de la loi afin que se maintienne dans la confiance un lien qu'ils estiment indispensable à tous.

Nul doute qu'il faut, avant même d'envisager d'autres propositions, persévérer encore dans la diffusion de cette loi afin d'améliorer la connaissance de grands thèmes qui manquent à la société pour que le patient comme le médecin puissent trouver dans la relation de soins cet équilibre porteur de qualité.

SYNTHÈSE

On constate une diversité d'expression des ressentis sur l'application des droits des patients entre ces derniers et les médecins. De grands enseignements peuvent être tirés des résultats des questionnaires, regroupés ci-dessous par thématique :

À propos de la **connaissance des principes de la loi**, une bonne moitié de patients (54%) disent ne pas connaître la loi Kouchner et vouloir mieux s'en informer, quant aux médecins, alors que la question ne leur était volontairement pas posée par la commission, 6% des médecins ont spontanément répondu qu'ils ne connaissaient pas la loi. Parmi les autres, 35% l'ont connue par leur formation initiale (stages > cours théoriques) et 21% de façon autres mais 64% médias.

Alors même que la loi Kouchner consacre les droits des malades, ces droits semblent encore davantage connus des médecins. Ceci peut s'expliquer par le fait que le médecin est confronté dans son exercice à autant de situations qu'il accueille de patients, quand chaque patient raisonne sous le prisme de sa situation personnelle, voire éventuellement de celle de son entourage plus ou moins proche. La formation peut, également, expliquer cette connaissance plus importante des médecins, qui souhaiteraient cependant qu'elle soit plus poussée sur les bancs de la faculté comme sur le terrain. Il en est de même de l'information sur les droits des patients, que ces derniers comme les médecins souhaiteraient plus poussée.

[Il serait souhaitable de placer ou replacer l'information quant à cette loi au sein des études médicales et au travers des associations de patients.](#)

Pas de grande surprise sur le secret médical : en effet, si le secret médical est connu de tous, les **dérogations** légales au secret sont mieux connues des médecins (76%) que des patients (56%), toutefois, on observe tout de même qu'il y en a encore un quart (24%) des médecins qui affirment qu'il n'existe aucune dérogation au secret médical.

Plus subtile, quant à l'**accès des ayants droit** aux données d'un patient décédé, interrogation très fréquemment posée aux CDOM, le questionnaire confirme que 55% des médecins ne connaissent pas cette possibilité sous conditions et qu'une majorité de patients (67%), contrairement aux médecins (82% les connaissent) ne connaissent pas les conditions exigées par la loi pour obtenir l'accès aux données médicales d'un ayant droit.

L'échange de données médicales entre médecins : pas de soucis sur la connaissance des médecins au droit d'échanger des données médicales sur un patient commun, en revanche, 67% pensent qu'ils peuvent échanger des données médicales sur un patient non commun.

Si quasiment tous les médecins (94%) savent cependant que tout patient peut s'opposer à ces échanges pour leurs patients communs, seulement 45% de patients ont connaissance de cette possibilité à s'opposer à ces échanges entre médecins qui les prennent en charge.

[Il importe de redonner l'information quant aux dérogations légales au secret médical, et réaffirmer aux médecins qu'aucun secret médical concernant ses données médicales n'est opposable au patient de son vivant.](#)

Le **droit d'être informé sur son état de santé** est une notion qui semble bien maîtrisée par les médecins comme par les patients, qui ont confirmé leur connaissance des droits et obligations prévus en la matière.

La **transmission** de l'information est majoritairement assurée à l'oral par les médecins, toutefois, la **traçabilité** des informations est importante pour les deux, voire obligatoire pour les patients.

La loi prévoit que l'information doit être délivrée « *au cours d'un entretien individuel* » sans autre détail sur les modalités de délivrance. La traçabilité de la délivrance de l'information incombe au médecin, et devrait être systématique.

Sur l'accès de la personne aux informations concernant sa santé, si une majorité de médecins transmet le dossier médical aux patients qui le demandent, on note que 12% de médecins ne le leur donnent pas, ce qui peut sembler faible. Toutefois, sur ces 12% se dégage avec surprise une majorité de médecins généralistes.

Si moins d'un tiers de patients estiment rencontrer des **difficultés** ou un **refus** pour obtenir leur dossier médical, c'est plutôt auprès des établissements de santé qu'ils rencontrent des **difficultés** et avec les médecins qu'ils essuient un **refus**.

À propos des **notes personnelles** (non transmissibles) : les médecins connaissent à 67% cette notion de notes personnelles contre 17% des patients seulement.

71% des patients ignorent qu'il existe un **délai légal pour transmettre son dossier médical au patient qui en a fait la demande**, ce qui n'est pas étonnant, alors que seulement 57% des médecins connaissent l'existence de ce délai, ce qui est plus problématique.

Au milieu de toutes les tâches administratives qui incombent au médecin aujourd'hui, il faut accorder du temps à la tenue du dossier médical, outil de traçabilité et de continuité des soins, dont le médecin a la responsabilité et non la propriété.

À propos de la **communication des comptes rendus**, médecins et patients déclarent, en majorité, respectivement les écrire et les recevoir. Sur les 12% de médecins se disant non concernés par les comptes rendus, 69% sont en cohérence des médecins généralistes. En revanche, seulement 34% des médecins donnent systématiquement le compte-rendu reçu d'un confrère à leurs patients.

Pour autant, 80% des patients disent recevoir leurs comptes rendus et ce de façon plutôt systématique (52%).

Quant à ceux des patients qui ne les reçoivent pas (20%), une large majorité (73%) n'ose pas en faire la demande au médecin rédacteur et encore moins (79%) à leur médecin traitant.

Il faut redonner de la place aux comptes rendus et inviter les médecins à les transmettre, le dossier médical partagé (DMP) va-t-il tout résoudre ?

Quant à l'**information sur les frais**, comme pour la communication des comptes rendus les patients ne doivent pas hésiter à en parler avec leur médecin avant que l'acte ou le soin soit prodigué, notamment lorsque ces éléments ne sont pas affichés.

Une majorité de médecins affichent leurs honoraires et sectorisation conventionnelle, ce que confirment les patients qui toutefois, lorsque ces informations ne sont pas affichées, disent ne pas en parler au médecin lors de la consultation.

La salle d'attente est le lieu privilégié d'affichage et ceux des médecins qui ne sont pas concernés (35%) sont en cohérence des médecins salariés.

Il faut réinsister sur l'affichage des honoraires.

Concernant la notion de **tact et mesure**, elle est perçue comme non concrète par les patients, mais également par les médecins. Sa perception peut en effet être rendue difficile en l'absence d'une définition claire.

La notion de tact et mesure est à redéfinir auprès des patients et des médecins.

La notion de **consentement libre et éclairé** est une notion qui semble bien connue, à l'origine d'une relation médecin-patient plus équilibrée. Elle est bien connue des médecins (86%) qui, pour une forte proportion (68%), en gardent la trace, et bien connue des patients qui déclarent majoritairement (81%) avoir signé un document de consentement lors d'un acte technique.

Le consentement libre et éclairé est une notion bien connue.

L'**interruption de soins** est exprimée comme un vécu pour une majorité (85%) de médecins. 24% de patients seulement déclarent interrompre leurs soins et parmi eux, si 68% en avertissent leur médecin, 60% l'ont fait sans son accord.

Pour le refus de soins, on retrouve les mêmes proportions (93%) de médecins rencontrant un refus de soins contre 22% de patients le reconnaissant avec pour principale motivation de ceux-ci le manque de confiance, bien avant le coût et les effets secondaires, ce qui remet en question pour ces cas-là au moins, la qualité de la relation MP dont la finalité est aussi d'obtenir l'adhésion au traitement pour apporter une meilleure efficacité et qualité dans le soins.

Que ce soit une interruption ou un refus de soins, si beaucoup de médecins l'ont rencontré (+75%), en revanche ils reconnaissent que ce n'est pas fréquent au sein de leur patientèle. Quoi qu'il en soit, une grande majorité (93%) de médecins confrontés à un refus ou une interruption en garde la trace dans le dossier du patient.

Il y a une grande disparité d'expérience ou d'interprétation de part et d'autre dans le refus ou l'interruption de soins. Les situations d'interruption et refus de soins relatées par les médecins et les patients dans l'enquête font ressortir la nécessité d'insister sur l'importance pour les patients d'en aviser leur médecin. Le médecin reste en effet tenu d'obligations vis-à-vis du patient qui refuse ou interrompt les soins (auquel il doit notamment une information sur les risques encourus par cette interruption ou ce refus), qu'il ne peut respecter que s'il est avisé du projet de son patient.

Même si le rôle de la **personne de confiance** est bien connu des médecins et des patients, ces derniers s'estiment mal informés de la possibilité de la désigner, tâche qui, pour eux, incombe aux professionnels de santé, alors que les médecins pensent que les patients sont bien informés mais ne demandent pas aux patients de la désigner.

La notion et le rôle de la personne de confiance sont encore insuffisamment connus, tant des patients que des médecins, ces derniers ont pour une large part manifesté leur souhait de connaître davantage, afin d'eux-mêmes pouvoir en informer leurs patients, comme la loi le prévoit.

Sur l'**accès aux soins des personnes en situation de handicap**, si patients comme médecins s'accordent pour dire que l'accès aux soins des PSH est difficile, 61% des médecins estiment avoir fourni des efforts pour l'améliorer, tandis que 98% des patients souhaitent que les médecins soient mieux informés sur la prise en charge spécifique de chaque handicap.

La **présence d'un tiers aidant** est souhaitée par les médecins comme les patients, pour qui elle ne semble pas poser de difficulté au regard du secret médical pour une majorité de médecins (59%), et de patients (69%).

Mais évidemment, les patients souhaitent à l'unanimité que les médecins soient mieux informés, ces derniers souhaitant connaître les sites d'information en santé.

Il faut favoriser la présence des tiers aidants, souhaitée autant par les médecins que par les patients, et améliorer la connaissance des spécificités de prise en charge des handicaps : sites scientifiques, associations de patients, annuaires de lieux de soins dédiés.

Pour les **patients majeurs faisant l'objet ou dont l'état nécessite une mesure de protection juridique**, alors que les médecins déclarent en majorité (76%) **informer** leur patient ou son entourage de la possibilité de solliciter le juge du contentieux de la protection

(ancien juge des tutelles) de la mise en place d'une mesure de protection juridique lorsque l'état du patient le nécessite, le vécu des patients interrogés est différent, 68% de patients estimant que ce n'est pas le cas.

À cela, peu de médecins (11%) déclarent demander communication du jugement définissant les missions de la personne chargée de cette mesure, auquel une majorité des patients estime que le médecin peut avoir accès. C'est probablement lié au fait que la mission de représentation de la personne, qui peut être confiée à la personne chargée de la mesure de protection juridique du majeur, est encore méconnue des médecins (68%) comme des patients (69%).

[Il faut former les médecins sur les mesures de protection juridique, notamment sur l'étendue du rôle de la personne chargée de cette mesure \(assistance ou représentation\), et sur le rôle qu'ils ont à jouer dans l'information donnée au patient et à la famille dans ce cadre.](#)

Pour les **soins aux mineurs**, 22% des médecins n'abordent jamais la notion d'autorité parentale notamment en cas de parent seul ou de séparation, ce qui peut les mettre en difficulté.

Autant les médecins (72%) estiment qu'il n'est pas difficile de proposer de voir le mineur seul lorsque la situation le nécessite, autant une part importante d'entre eux (48%) estime que mettre en pratique le droit du mineur à s'opposer à la consultation de ses parents pour les décisions médicales le concernant est difficile à mettre en pratique

En revanche, le droit du mineur de s'opposer à la consultation de ses parents pour les décisions médicales le concernant est fortement méconnu des patients (83%)

[Les conditions de prise en charge des mineurs, auxquels la loi accorde également des droits, doivent être davantage connues des médecins.](#)

Le 4 avril 2003, dans le règlement intérieur du CNOM, apparaît une **Commission des relations avec les usagers**, devenue depuis décembre 2021 **la Commission de relations avec les associations de patients et d'usagers (CORAP)**. Cette **CORAP** est directement issue de la **loi Kouchner** du 4 mars 2002, qui, dans son chapitre consacré aux Droits et responsabilités des usagers, a institué la **commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** (CRUQPC, aujourd'hui CDU), dont chaque établissement de santé, public comme privé, doit être doté.

La quasi-totalité des médecins (90%) déclarent ne jamais consulter la liste des associations d'usagers agréées, ceux qui la consultent déclarant le plus souvent travailler en partenariat avec elles. Dans l'expérience des patients, la moitié d'entre eux déclare que leurs médecins ont recours aux associations d'usagers mais cette donnée peut apparaître biaisée au regard de l'appartenance de ces mêmes patients aux associations d'usagers. 48% des médecins pensent que les associations d'usagers doivent avoir une place plus importante dans le soin donné aux patients.

[La place grandissante des associations d'usagers dans le soin nécessite d'être mieux définie.](#)

Quant à la notion de **patient expert**, elle est encore peu connue des deux côtés, son développement est souhaité, surtout par les patients, mais aussi par les médecins.

[Ce sujet, qui mérite d'être développé, pourrait faire l'objet des prochains travaux de la CORAP.](#)

Les médecins sont bien informés et sensibilisés à la **responsabilité juridique** que représente leur exercice, qu'ils estiment de plus en plus recherchée aujourd'hui. Les patients quant à eux semblent assez mal connaître les procédures d'indemnisation des dommages médicaux.

Une grande majorité des médecins (73%) considère que la responsabilité juridique du médecin est de plus en plus recherchée par les patients, alors que ceux-ci connaissent cependant

assez mal les procédures d'indemnisation des dommages médicaux. D'ailleurs, interrogés sur la notion d'aléa thérapeutique, 86% des médecins interrogés déclarent connaître cette notion, contre moins du tiers des patients (31%).

La possibilité de recourir aux CCI devrait être mieux connue des médecins comme des patients.

La **téléconsultation** n'emporte pas tous les suffrages, auprès des médecins comme des patients, du fait de son impact sur la relation médecin-patient. Patients (71%) et médecins (67%) s'accordent sur le fait que l'arrivée de la téléconsultation a modifié la relation médecin-patient, et les patients y voient essentiellement une dégradation de la relation.

Le rapport du CNOM sur le mésusage de la télémédecine est un outil à exploiter.

Sur **l'impact de la loi Kouchner sur la relation médecin-patient**, 57% des médecins estiment qu'elle a changé l'exercice de leur profession et 57% estiment que cela a changé la relation, mais les patients trouvent en majorité (58%) qu'elle n'y a apporté aucune modification. Au-delà des chiffres et pourcentages issus du questionnaire, médecins comme patients, invités à répondre à la question suivante : « *Pensez-vous que la loi Kouchner a changé la relation médecin-patient ?* », ont émis des commentaires très nombreux et variés dont les grandes tendances sont détaillées au chapitre [L'impact de la loi Kouchner sur la relation médicale](#).

Ces commentaires ont été sélectionnés sur leur pertinence, leur représentativité ou leur spécificité puis disposés en miroir patient-médecin et regroupés par thème afin de mettre des mots sur les chiffres obtenus.

Que ce soit positif ou négatif, souvent tranchés, parfois difficilement interprétables ou très personnels, mettant en exergue un sentiment ou reflétant un vécu, se résumant à un seul mot ou constituant une véritable explication de texte, tous ces commentaires, quel que soit leur auteur, valident l'importance de cette relation dans le soin.

En effet, bien souvent, médecins comme patients sont majoritairement revenus aux fondamentaux du lien qui les unit dans cette relation si particulière consacrée au soin et dont certains disent même qu'aucune loi ne peut régir. Ce sont l'écoute, la bienveillance, l'humanité, le respect, le dévouement, se retrouvant à l'unanimité autour d'un seul mot pour la définir et qu'il nous faut retenir : la confiance.

Avec quand même ce cri au milieu des commentaires « *pour les handicapés, c'est la galère* ».

Quant à l'apport de la loi Kouchner, si certains estiment qu'elle n'est pour rien dans l'évolution de la relation médicale, beaucoup sont pour confirmer qu'elle est à l'origine de modifications importantes notamment par l'apport du consentement éclairé, y compris lorsqu'ils décrivent la judiciarisation de la relation et ses conséquences, tout en étant très clairs sur cette notion : « *la relation médecin-patient doit rester intouchable quant au secret médical* ».

Annexe 1. La relation médecin-patient à l'international

L'Association Médicale Mondiale (AMM : <https://www.wma.net/fr/>) est une organisation internationale de médecins et une confédération d'associations professionnelles libres. Elle a été fondée le 17 septembre 1947 avec pour objectif d'assurer l'indépendance des médecins et les plus hautes normes possibles en matière d'éthique et de soins.

L'AMM constitue pour ses associations membres un forum de libre communication et de coopération active dont le but est de parvenir à un consensus sur les plus hautes normes d'éthique médicale et de compétence professionnelle et de promouvoir l'indépendance professionnelle des médecins.

L'AMM a pour objectif de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde.

Une rencontre a eu lieu à Paris fin septembre 2018 entre les présidents du Conseil Général des Collèges de Médecins (CGCOM), le Dr Serafín ROMERO, et du National des Ordres des Médecins de France (CNOM), le Dr Patrick BOUET, avec les membres de leurs conseils d'administration dans le but de sceller des alliances qui profitent à la communauté médicale du Sud de l'Europe.

La délégation espagnole dirigée par le président du CGCOM, le Dr Serafín ROMERO, était composée du 1^{er} Vice-président, le Dr Tomás COBO, et des conseillers des affaires internationales de la société médicale espagnole, les Drs Ricard GUTIÉRREZ et José RAMÓN HUERTA.

Au nom du CNOM, outre le Dr Bouet, le Dr Walter VORHAUER, Secrétaire général, participaient le Dr Claude-François DEGOS, Délégué Général de la Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (DAEI) et le Dr Jean-François RAULT, Secrétaire Général du Conseil Européen des Ordres Médicaux (CEOM).

Au cours de la rencontre bilatérale, les positions stratégiques entre les deux organisations au niveau européen et international ont été étudiées ainsi que la coopération entre le CGCOM et le CNOM, afin d'élargir les horizons qui favorisent la profession médicale dans son ensemble et, en particulier, celle de l'Europe du Sud.

Parmi les sujets abordés, la France a confirmé son soutien à la proposition portée par le CGCOM pour que la relation médecin-patient soit considérée comme Patrimoine immatériel de l'humanité pour l'Éducation, la Culture et la Science.

Auparavant, la délégation espagnole avait tenu une réunion avec Andrés PERELLÓ, Ambassadeur délégué permanent de l'Espagne auprès de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), à son siège à Paris.

La réunion visait à présenter à l'Ambassadeur la proposition du Forum de la profession médicale (FPME), dans lequel la CGCOM est intégrée, afin que l'UNESCO accorde à la relation médecin-patient la prise en compte du patrimoine culturel immatériel de l'humanité²⁴. Un projet que le FPME avait commencé à façonner en juillet 2017 et qui avait déjà le soutien du Sénat espagnol et d'organisations de patients telles que l'Alliance générale des patients, le Forum espagnol des patients et la Plateforme des organisations de patients, entre autres organisations.

²⁴ <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-patricio-martinez-de-forma-sutil-politicos-y-gestores-han-transformado-la-relacion>

La délégation espagnole a expliqué à M. PERELLÓ les principaux objectifs de sa proposition qui tournent autour de la préservation de la protection et de la promotion de ce bien culturel et social qui est la relation entre une personne qui a besoin d'aide autour d'une réalité de maladie et un professionnel formé pour l'offrir.

Il s'agit, comme l'ont expliqué les représentants de la profession médicale auprès de l'ambassadeur d'Espagne auprès de l'UNESCO, de renforcer cette relation et ses valeurs, et de la défendre contre les menaces auxquelles elle est actuellement soumise, découlant des pressions administratives, technologiques, économiques et politiques.

Ce projet a pris naissance en 2010, animé par la conviction qu'il fallait faire quelque chose pour arrêter ce que les politiciens et les gestionnaires font de manière subtile : « *remplacer la relation médecin patient par celle du médecin client* ».

Les risques identifiés de modification de cette relation particulière sont, par le Dr Patricio martinez, ancien secrétaire général du CESH dans une interview accordée à « *MedicosyPacientes* » le 4 juillet 2016 : « *le temps de soins limité, l'innovation technologique et les nouvelles technologies, la bureaucratisation du consentement éclairé et l'abus de la révolution informatique introduisant la télémédecine, c'est, en bref, la consultation sans la présence du patient* ». De même, il estime que : « *chaque jour, cette relation médecin -patient peut et doit être améliorée, car elle fournit, en soi, une richesse thérapeutique incontestable. Parfois, le bijou le plus précieux que nous ayons tant gardé, si caché que nous oublions comme il est, est la relation médecin-patient, un acte de notre profession de médecin*²⁵ ».

Il existe aujourd'hui deux blocs sur la terminologie médecin-patient au sein de l'Association médicale mondiale :

- le bloc hispano-francophone-lusophone (ordinaux) : centré sur la régulation médicale et qui parle de « relation médecin-patient »
- le bloc anglophone (syndicats/agences) qui a une vision centrée sur la régulation pour la sécurité du patient et qui parle de la « relation patient-médecin »

DÉCLARATION DE CORDOUE DE L'AMM SUR LA RELATION ENTRE MÉDECIN ET PATIENT

Adoptée par la 71^{ème} assemblée générale de l'AMM, Cordoue, Espagne, octobre 2020

Préambule

La relation entre médecin et patient est une modalité de relation humaine qui date des origines de la médecine. Elle constitue le lien privilégié qui unit un patient à son médecin, un lien de confiance. Il s'agit d'un espace de créativité, dans lequel sont échangés des informations, des ressentis, des visions, de l'assistance et du soutien.

La relation entre médecin et patient est une activité morale qui trouve son origine dans l'obligation du médecin d'atténuer la souffrance et de respecter les croyances du patient et son autonomie. Elle est généralement engagée par consentement mutuel, exprès ou tacite, afin d'assurer des soins médicaux de qualité.

La relation entre médecin et patient est au cœur de la pratique médicale. Son champ d'application est universel et elle vise à améliorer la santé et le bien-être du patient. Elle repose sur le partage de connaissances, un processus commun de décision, l'autonomie du patient et du médecin, l'assistance, le confort et la fraternité, le tout dans une atmosphère de confiance. La confiance est le cœur de la relation, qui peut en elle-même être thérapeutique.

²⁵ <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-presidente-del-cgcom-dr-romero-y-su-homologo-frances-dr-bouet-sellan-alianzas-nivel>

La relation entre médecin et patient est essentielle aux soins centrés sur le patient. Elle requiert que le médecin comme le patient participent activement au processus de soin. La relation entre médecin et patient encourage et soutient la coopération dans les soins médicaux : les patients sont aptes à prendre les décisions qui déterminent les soins qui leur sont prodigués. Chacune des parties peut mettre fin à la relation. Si la relation se termine, le médecin doit orienter le patient vers un autre médecin qualifié pour poursuivre les soins et l'aider à assurer le transfert de son dossier vers ce nouveau médecin.

La relation entre médecin et patient est une question complexe qui dépend de multiples influences : culturelle, politique, sociale, économique ou professionnelle. Elle a évolué au fil de l'histoire et en fonction des cultures et des civilisations, avec toujours en ligne de mire la recherche, sur la base des données scientifiques disponibles, de l'intérêt du patient, par l'amélioration de sa santé mentale et physique et de son bien-être et par l'atténuation de sa douleur. La relation a subi des évolutions importantes à la faveur de jalons tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), et les déclarations de Genève (1948), d'Helsinki (1964) et de Lisbonne (1981) de l'AMM, qui ont contribué au renforcement progressif du pouvoir d'agir du patient.

Aujourd'hui, la relation entre médecin et patient est fréquemment menacée par des influences à la fois internes et externes aux systèmes de santé. Dans certains pays et systèmes de santé, ces influences risquent de détourner les patients de leur médecin et nuire aux premiers. Parmi les écueils qui pourraient saper l'efficacité thérapeutique de la relation, on peut citer les tendances suivantes :

- le caractère toujours plus technologique de la médecine, qui induit parfois une vision mécaniste des soins de santé au détriment des aspects humains ;
- la dilution des relations de confiance entre les personnes dans nos sociétés, qui influent défavorablement sur les relations de santé ;
- l'accent placé sur les aspects économiques du soin médical au détriment d'autres facteurs, qui rendent parfois difficile d'établir d'authentiques relations de confiance entre médecin et patient.

Il est de la plus haute importance que la relation entre médecin et patient résiste à ces facteurs pour enrichir la relation et préserver sa spécificité. Cette relation ne saurait faire l'objet d'interférences indues, qu'elles soient administratives, économiques ou politiques.

Recommandations

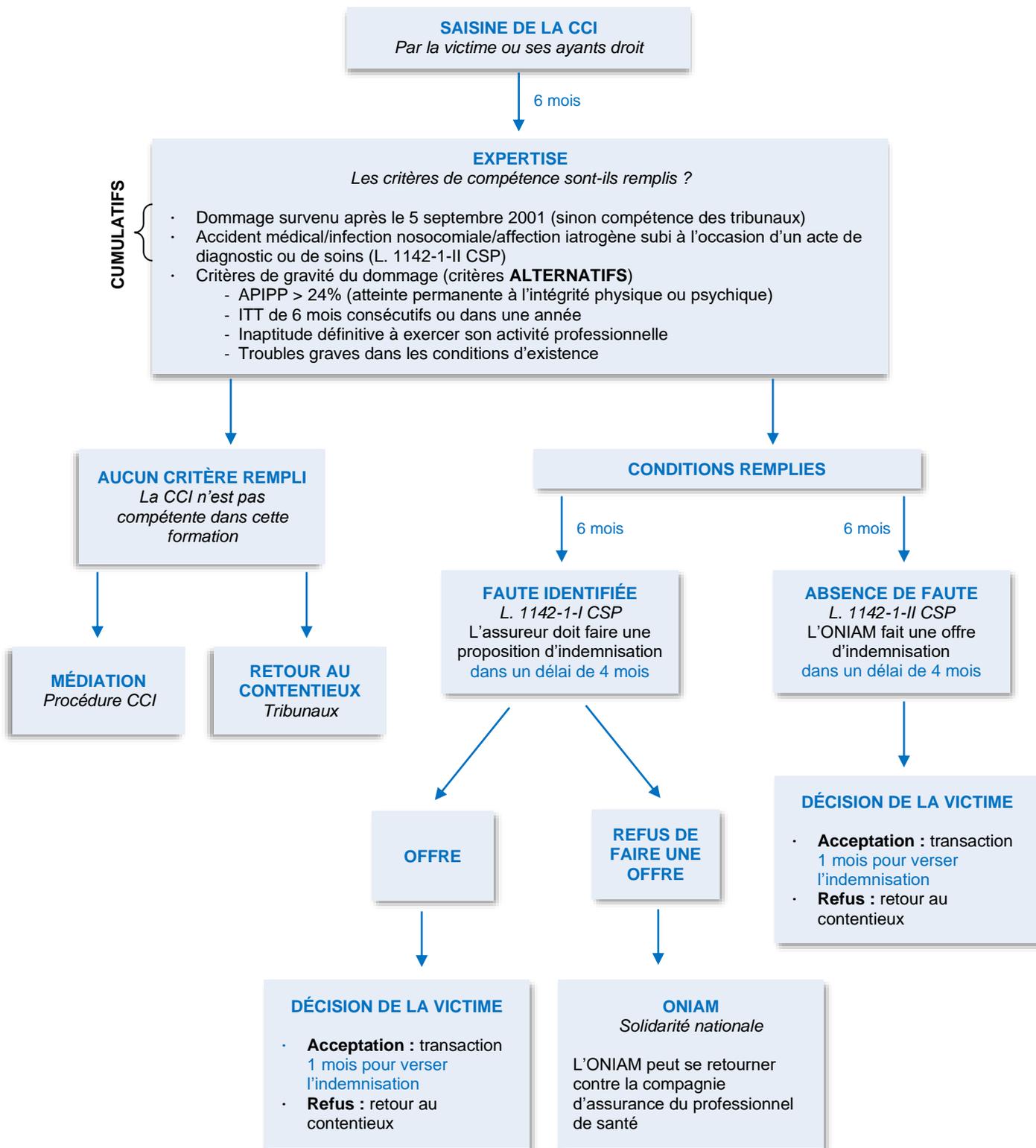
Réaffirmant sa déclaration de Genève, son Code international d'éthique médicale et sa déclaration de Lisbonne sur les droits du patient et compte tenu de l'importance cruciale de la relation entre médecin et patient dans l'histoire et dans la médecine, actuelle et à venir, l'AMM et ses Membres constituants :

1. réaffirment que l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique sont des composants essentiels de soins médicaux de haute qualité et du professionnalisme médical, qui protègent le droit du patient à recevoir les soins dont il a besoin ;
2. exhortent tous les acteurs impliqués dans la régulation de la relation entre médecin et patient (gouvernements et autorités sanitaires, associations médicales, médecins et patients) à défendre, protéger et renforcer cette relation fondée sur des soins de haute qualité en tant que patrimoine scientifique, sanitaire, culturel et social ;
3. appellent les Membres constituants et les médecins à préserver cette relation comme étant au fondement de tout acte médical centré sur le patient, afin de défendre la profession médicale et ses valeurs éthiques, notamment la compassion, le savoir-faire,

le respect mutuel et l'autonomie professionnelle et à soutenir des soins de santé centrés sur le patient ;

4. réaffirme leur opposition à toute interférence, qu'elle provienne d'un gouvernement, d'autres agents ou d'institutions administratives, dans la pratique de la médecine et dans la relation entre médecin et patient ;
5. réaffirme leur engagement en faveur d'un service médical compétent, fondé sur une pleine indépendance professionnelle et morale, la compassion et le respect de la dignité humaine ;
6. s'engagent à s'employer à lutter contre les facteurs qui menacent la relation entre médecin et patient.

Annexe 2. Schéma général décrivant une procédure devant la CCI



Annexe 3. Quelques publications sur le site internet du CNOM en lien avec les droits consacrés par la loi Kouchner

Droits de la personne

Bulletin de l'Ordre des médecins, n° spécial, *Les droits des patients, un progrès pour tous*, septembre-octobre 2011

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2011-09/special2011.pdf>

Bulletin de l'Ordre des médecins, n° spécial, *Le secret, entre droit des patients et obligations déontologiques*, novembre-décembre 2012

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2012-11/specialmedecin_secretmedical_web.pdf

Débat de l'Ordre, *Le secret médical dans l'exercice quotidien*, 27 novembre 2018

https://www.youtube.com/watch?v=92DWw_wywAM

Rapport *Assurances : questionnaires de santé et certificats*, mis à jour en décembre 2019

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/l346l7/cnom_questionnaires_de_sante_certificats_et_assurances.pdf

Droits et responsabilités des usagers

Article, *Information et consentement des mineurs et des majeurs protégés*, Le Bulletin de l'Ordre national des médecins n°76, novembre-décembre 2021, pp. 30-31

<https://ecatalogue-access.com/ordre-national-des-medecins/76/d/index.html?hybrid=1&from=https://ecatalogue-access.com/ordre-national-des-medecins/76/#/page/30>

Article, *Le dossier du patient*, publié sur le site du CNOM le 24 avril 2019 (rubrique « Je suis médecin »)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/dossier-patient>

Article, *Le patient mineur*, publié sur le site du CNOM le 25 avril 2019 (rubrique « Je suis médecin »)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/prise-charge/patient-mineur>

Article, *L'information du patient*, publié sur le site du CNOM le 6 mai 2019 (rubrique « Je suis médecin »)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>

Article, *Recueillir le consentement de mon patient*, publié sur le site du CNOM le 6 mai 2019 (rubrique « Je suis médecin »)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>

Article, *Donner son consentement*, publié sur le site du CNOM le 20 mai 2019 (rubrique « Je suis patient »)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/patient/droits/donner-consentement>

Dossier, *Droit des patients, des droits des malades à la réforme de l'Ordre*, Bulletin de l'Ordre des médecins, avril 2002

Dossier, *La maturité des patients, une chance pour le système de santé*, Bulletin de l'Ordre des médecins, mars 2004

Annexe 4. Quelques études menées sur les évolutions de la relation médicale entre l'adoption de la loi Kouchner et 2019

Présentation des études et publications de différentes autorités dans les années qui ont suivi la promulgation de la loi du 4 mars 2002 (les liens vers ces études sont repris en bibliographie).

Au lendemain de l'adoption de la loi Kouchner

AP-HP, Espace Éthique, Loi du 4 mars 2002 et pratiques soignantes : première analyse, Revue Laennec, 2005/4, tome 53, pp. 35 à 49

L'espace éthique de l'AP-HP a mené en 2003 une étude sur l'impact de la loi sur les pratiques professionnelles. L'enquête, menée auprès des professionnels de santé, a porté plus précisément sur le titre II de la loi, « Démocratie sanitaire », et a eu pour principaux objectifs d'informer les professionnels du contenu de cette loi et de recueillir leur point de vue sur sa mise en pratique, et ses influences sur l'exercice de leur art.

Un questionnaire a été soumis à un ensemble de professionnels. Sur les 1 998 répondants, 48% reconnaissent avoir lu la loi du 4 mars 2002

Sur l'obligation d'informer la personne malade

À la question de l'impact de la loi sur l'attention que le corps médical porte sur l'information délivrée à la personne malade, 26% des médecins et chirurgiens rapportent un impact direct de la loi sur l'attention qu'ils consacrent à l'information.

Cependant, 79% du corps médical interrogé estiment que l'obligation d'information a pour conséquence une augmentation de la durée des consultations.

La loi rappelle le champ couvert par l'information, et que l'obligation d'informer porte sur l'ensemble de l'équipe participant à la prise en charge du patient, selon les champs spécifiques de compétence des différents professionnels qui la composent.

56% du corps médical répondant considère qu'au sein de l'équipe, le rôle de chacun des professionnels de santé concernant l'information de la personne malade est établi de manière explicite (contre 51% du corps paramédical répondant).

Sur les modalités de délivrance de l'information (orale, écrite), les médecins délivrent davantage l'information par écrit (indépendamment du fait que l'information est ou non également dispensée par oral) que le corps paramédical, qui privilégie l'oral seul. Ceci est observé tant pour l'information sur les investigations et examens que pour l'information sur les traitements.

Les principales difficultés remontées en matière de respect de l'obligation d'information sont :

- le manque de temps et de moyens
- un sentiment d'incertitude sur la capacité de compréhension de la personne malade

64% du corps médical interrogé estiment que la preuve de l'information constitue une préoccupation (contre 54% du corps paramédical).

Sur la personne de confiance

Le corps médical répondant estime que la possibilité pour les patients de désigner une personne de confiance n'est, en 2003, pas suffisamment connue.

En conclusion, l'étude ainsi menée révèle qu'un an après l'adoption de la loi, il reste un fort travail d'appropriation par les professionnels de santé, d'intégration dans cette « mutation culturelle », qui ne doit pas se traduire par une adoption purement formaliste de ses dispositions par le corps médical et soignant : l'objectif doit être de veiller au

meilleur intérêt du patient et non de se ménager la preuve que les obligations sont remplies.

Dix ans après l'adoption de la loi Kouchner, les usagers connaissent encore mal leurs droits et la démarche d'appropriation de ces droits par les professionnels doit être maintenue

Bulletin de l'Ordre des médecins, n° spécial, Les droits des patients, un progrès pour tous, septembre-octobre 2011

« Dix ans après le vote de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients, les Français ne connaissent pas suffisamment leurs droits en tant qu'usagers de la santé ». Par exemple, un sondage BVA commandé en 2010 par le ministère de la santé révélait que 44% des personnes interrogées pensent devoir demander l'autorisation de leur médecin pour pouvoir accéder à leur dossier médical.

De même, les acteurs pouvant assister les usagers (médiateur médical, CCI, CDU, représentants des usagers, etc.) sont peu connus. 66% des français se disent incapables de savoir à qui s'adresser en cas de problème (conditions de séjour, accident médical, etc.).

Le constat est le même que celui énoncé dans l'étude de 2005 par l'AP-HP : « *le défi, c'est de faire évoluer la relation entre professionnels et usagers de la santé. L'évolution de cette relation se fera progressivement et favorisera la responsabilisation et l'autonomie du patient, avec le soutien bienveillant des professionnels* ». Le ministère de la santé perçoit différents axes d'amélioration pour atteindre ce but, notamment impliquer davantage les professionnels de santé dans la promotion des droits des patients, en premier lieu dans le cadre du colloque singulier et de la relation de confiance que le médecin construit avec son patient (éducation thérapeutique, télémédecine, etc.).

C'est en premier lieu sur la **connaissance de leurs droits par les usagers** qu'il faut agir. « *Le premier droit, c'est de connaître ses droits* ».

Quant à la **connaissance et à la mise en œuvre de ces droits par les professionnels de santé**, une étude menée à la demande du ministère de la santé révèle une perception nuancée des droits des patients. Les grandes tendances qui se dégagent de cette étude sont :

- les professionnels de santé se déclarent très favorables à la formalisation et à la mise en avant des droits des patients, mais sont conscients qu'ils ne sont pas toujours respectés, particulièrement dans les services hospitaliers et maisons de retraite
- des droits leur apparaissent fondamentaux et faciles à appliquer : respect, égalité en matière de protection de la santé, information sur les conditions de séjour en établissement, directives anticipées, droit d'exprimer ses griefs et d'en être entendu auprès du responsable de l'établissement
- des droits sont approuvés par les professionnels, qu'ils considèrent cependant d'application délicate : libre choix de la structure/du professionnel (problématique de démographie médicale), désignation d'une personne de confiance (droit jugé trop théorique)
- des droits semblent discutables aux professionnels, difficiles à appliquer : droit au respect des croyances et convictions (pas toujours compatibles avec l'exercice de la médecine), droit d'être informé et de ne pas être informé, droit au secret

Des freins sont identifiés par les professionnels à la mise en œuvre des droits des patients :

- défaut de formation et d'information des professionnels sur ces sujets
- absence de coordination entre les différents intervenants autour du patient

- résistance de certains praticiens
- manque de temps et de moyens matériels

Le ministère indiquait alors avoir identifié des leviers d'action pour surmonter ces obstacles :

- campagne d'information auprès des professionnels sur les droits des patients
- intégration des droits des patients dans les thèmes du DPC
- développer la réflexion éthique et réintroduire les disciplines humanistes dans la formation initiale des médecins

Les droits des usagers en 2019 : l'information des usagers sur leurs droits reste fondamentale, le besoin des professionnels d'être informés et formés sur ces sujets ne faiblit pas

CNS, Droits des usagers, relation partenariale et formation des professionnels, Rapport de la mandature 2015-2019

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé (CNS) est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé (article L. 1411-3 du code de la santé publique²⁶).

La CNS exerce trois missions²⁷ :

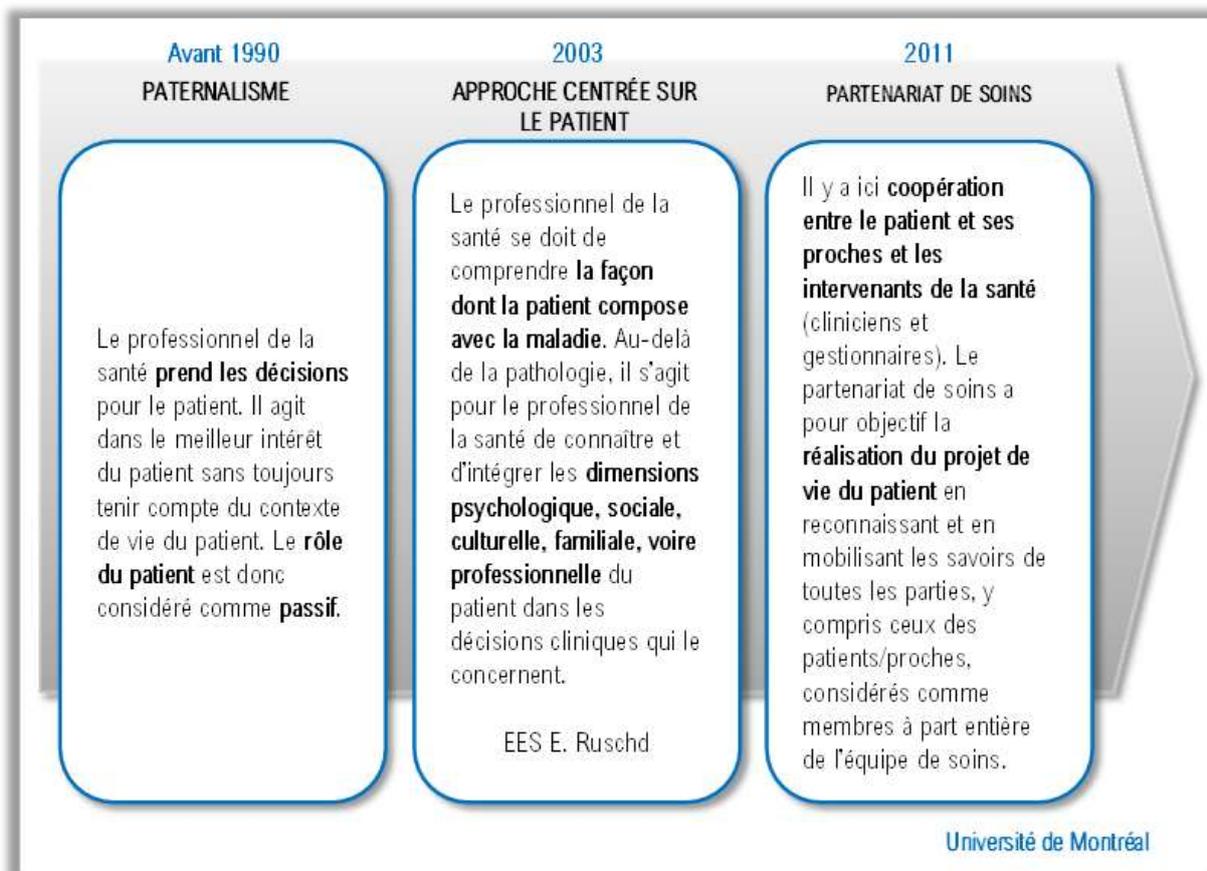
- formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique, en particulier sur l'élaboration de la stratégie nationale de santé, sur laquelle elle est consultée par le gouvernement, et sur les plans et programmes que le gouvernement entend mettre en œuvre ;
- élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, élargi au champ médico-social mais aussi à « l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social » ; ce rapport est élaboré sur la base des rapports des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

La CNS reprend dans son rapport 2015-2019 une illustration réalisée par l'Université de Montréal de l'évolution de la relation médicale :

²⁶ Article L. 1114-3 du code de la santé publique : « La Conférence nationale de santé, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Elle élabore notamment, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Ses avis sont rendus publics.

La Conférence nationale de santé, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, comprend notamment des représentants des malades et des usagers du système de santé, des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé ou d'autres structures de soins, dont au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile, ou de prévention, des représentants des industries des produits de santé, des représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des représentants des conférences régionales de la santé et de l'autonomie, des représentants d'organismes de recherche ainsi que des personnalités qualifiées ».

²⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/cns-instance-consultative/article/missions>



Un certain nombre d'orientations sont proposées par la CNS pour améliorer le respect des droits des usagers :

Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers

- A. La mise en œuvre des droits des usagers
 1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers
 2. Rendre effectif le processus d'évaluation des droits des usagers
- B. Droit au respect de la dignité de la personne
 1. Promouvoir la bienveillance
 2. Prendre en charge la douleur
 3. Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées
 4. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical
- C. Le respect des droits spécifiques des usagers
 1. Assurer la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire ou adapté
 2. Droits des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical
 3. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques

Orientation 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

- A. Assurer l'égal accès aux professionnels de santé et à la prise en charge médicale et médico-sociale
 4. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux
 5. Assurer financièrement l'accès aux soins
- B. Assurer l'accès aux structures de prévention et réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale

Orientation 3 : Conforter la représentation des usagers du système de santé

Orientation 4 : Renforcer la démocratie sanitaire

Annexe 5. Présentation des associations sollicitées

Les associations sollicitées dans le cadre du présent rapport ont toutes reçu l'agrément de la Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique (CNAArusp).

Cette commission a pour mission de procéder à l'examen des dossiers de demande d'agrément et de renouvellement d'agrément national et régional déposés et rend un avis. Elle se réunit une fois par mois.

La décision est prise sur avis conforme de la Commission par le ministre chargé de la santé au niveau national et par le Directeur général de l'ARS au niveau régional. L'agrément est délivré pour 5 ans.

Le rôle de la CNAArusp est décisif dans l'interprétation des critères, elle tient compte de la diversité des associations, des évolutions de leur activité car il s'agit avant tout d'agrément des associations qui ont démontré leur capacité à agir pour la défense des droits des malades.

La CNAArusp délivre ces agréments selon les critères suivants :

- l'activité effective et publique en faveur des malades et usagers du système de santé ;
- les actions de formation et d'information ;
- la représentativité nationale ou régionale de l'association ;
- la transparence de gestion ;
- L'indépendance de l'association.

Les associations doivent quant à elles délivrer à la CNAArusp, chaque année, les documents suivants, en application de l'article R. 1114-15 du Code de la santé publique :

- leur rapport d'activité ;
- leur rapport moral s'il existe ;
- leur rapport financier ;
- la liste des membres chargés de l'administration ou de la direction de l'association ou de l'union d'associations, avec mention de la profession des membres, actuelle ou ancienne pour les membres retraités.

Ces documents servent de base à la demande de renouvellement d'agrément, qui intervient 7 mois avant la date de fin effective de l'agrément.

APF France Handicap	
Date de création	1933
Dates d'agrément	04/03/2021 - 09/08/2026
Nombre d'adhérents	23 000
Contact	17 boulevard Auguste Blanqui 75013 PARIS 01 40 78 69 00 https://www.apf-francehandicap.org/ Présidente : Mme Pascale RIBES
« APF France handicap est la plus importante organisation française, reconnue d'utilité publique, de défense et de représentation des personnes en situation de handicap et de leurs proches. Créée en 1933, connue et reconnue jusqu'en avril 2018 sous le nom d'Association des paralysés de France, APF France handicap rassemble aujourd'hui près de 100 000 acteurs : adhérents, élus, salariés, bénévoles et volontaires, usagers, sans compter ses dizaines de milliers de donateurs et sympathisants. APF France handicap porte des valeurs humanistes, militantes et sociales et un projet d'intérêt général, celui d'une société inclusive et solidaire. L'association agit pour l'égalité des droits, la citoyenneté, la participation sociale et le libre choix du mode de vie des personnes en situation de handicap et de leur famille ».	

Association France Parkinson	
Date de création	1984
Dates d'agrément	01/12/2019 - 05/12/2024
Contact	18 rue des Terres au Curé 75013 PARIS 01 45 20 22 20 https://www.franceparkinson.fr/ Président : M. Didier ROBILIARD
<p>« Les missions et actions de France Parkinson :</p> <p>Soutenir, assister les malades et leurs proches Parce que le diagnostic de la maladie de Parkinson est un choc et suscite de nombreuses questions, l'association est présente pour les malades et leurs proches. Elle peut également faciliter l'échange entre malades lors de réunions organisées localement.</p> <p>Informier et former sur la maladie, les traitements et les aides Parce que la maladie de Parkinson est une maladie complexe et évolutive, les craintes et questionnements sont nombreux, l'association diffuse des informations sur la maladie pour mieux la comprendre et mieux vivre avec. France Parkinson forme également des professionnels de santé pour que les spécificités de la maladie soient mieux comprises.</p> <p>Financer, encourager et faciliter la recherche Parce que l'espoir est dans la recherche, l'association soutient des projets de recherche dédiés à la maladie de Parkinson, grâce à la générosité des donateurs.</p> <p>Sensibiliser l'opinion et interpeller les médias Parce que les idées reçues et préjugés sur la maladie de Parkinson sont nombreuses, l'association sensibilise le grand public et interpelle les médias pour mieux faire connaître la pathologie.</p> <p>Mobiliser les pouvoirs publics Parce que l'annonce du diagnostic et la prise en charge des malades de Parkinson doit être améliorées, l'association échange régulièrement avec les pouvoirs publics pour défendre les intérêts des malades et leurs proches ».</p>	

Fédération Familles rurales	
Date de création	1943
Dates d'agrément	09/10/2017 - 24/10/2022
Nombre d'adhérents	160 000
Contact	7 Cité d'Antin 75009 PARIS 01 44 91 88 88 https://www.famillesrurales.org Président : M. Dominique MARINIER
<p>« Familles Rurales est une association nationale reconnue d'utilité publique qui agit en faveur des familles sur tout le territoire, en milieu rural et périurbain. Avec 160 000 familles adhérentes, 2 200 associations locales, 80 fédérations départementales et régionales, 40 000 bénévoles et 17 000 salariés, c'est le premier Mouvement familial associatif de France, mais aussi un acteur incontournable de l'économie sociale et solidaire et de l'éducation populaire. Familles Rurales est agréé association de défense des consommateurs. Pluraliste, indépendant et laïc, il porte un projet humaniste et social fondé sur la famille, les territoires et la vie associative.</p>	

Le projet de Familles Rurales en bref :

- informer les familles et faire entendre leur voix
- proposer des réponses aux besoins des familles
- développer l'entraide de proximité
- dynamiser les territoires ruraux et périurbains ».

France Alzheimer et maladies apparentées

Date de création	1985
Dates d'agrément	02/05/2017 - 04/06/2022
Nombre d'adhérents	21 000
Contact	11 rue Tronchet 75008 PARIS https://francealzheimer.org Président : M. Joël JAOUEN
<p>« Seule association nationale de familles reconnue d'utilité publique dans ce domaine, France Alzheimer et maladies apparentées s'appuie sur un réseau de 96 associations départementales. Grâce à l'engagement de plus de 2 200 bénévoles, l'Association mène à bien différentes missions :</p> <ul style="list-style-type: none">- Former les personnes concernées par la maladie- Des actions adaptées d'accompagnement- Informer et sensibiliser sur la maladie d'Alzheimer- Soutenir la recherche ».	

France Rein

Date de création	1972
Dates d'agrément	05/01/2017 - 05/02/2022
Nombre d'adhérents	11 000
Contact	01 55 27 37 75 https://www.francerein.org Président : M. Alain TROUILLET
<p>« Association de patients indépendante et experte, France Rein agit au service des millions de Français concernés par une maladie rénale chronique et s'engage contre ces maladies partout et à tous les stades.</p> <p>Notre association de patients, animée par des bénévoles dans toute la France, a pour objectifs :</p> <p>PRÉVENIR l'évolution de la maladie rénale, en informant, en dépistant et en encourageant la recherche médicale afin de réduire le nombre de personnes entrant chaque année en traitement de suppléance.</p> <p>INFLUENCER les pouvoirs publics dans la définition des politiques de santé. Faire reconnaître la maladie rénale comme un enjeu de santé publique majeur.</p> <p>AMÉLIORER la qualité de vie et de traitement des patients en les aidant à construire leur projet de vie avec la maladie, soutenir leurs proches ».</p>	

Union Nationale des Associations familiales

Date de création	1945
Dates d'agrément	26/02/2021 - 09/08/2026
Nombre d'adhérents	537 260

Contact	<p>28 Place Sainte-Georges 75009 PARIS https://www.unaf.fr</p> <p>Présidente : Mme Marie-Andrée LEBLANC</p>
<p>« L'UNAF, en vertu des missions qui lui sont confiées par la loi, joue quatre rôles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des avis aux pouvoirs publics sur les questions d'ordre familial et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux des familles. Cette première mission consacre le rôle politique de l'UNAF et l'ensemble de la politique familiale s'inscrit dans cette mission. - Représenter officiellement, auprès des Pouvoirs Publics, l'ensemble des familles. Ce terme « ensemble » signifie que seul l'intérêt général doit être défendu et non la juxtaposition de situations. Il signifie aussi que l'UNAF a pour mission légale de représenter l'ensemble des familles sans exception, et pas uniquement les adhérents des associations familiales. De plus, la représentation familiale est originale, unique et spécifique, dans le sens où elle est globale et ce, à double titre : d'une part, elle prend en compte la réalité des familles et, d'autre part, elle repose sur une vision globale de la personne et la vie familiale. - Gérer tout service d'intérêt familial confié par les pouvoirs publics. Il s'agit principalement des services de protection juridique des majeurs confiés aux Union Départementales des Associations Familiales. - Ester en justice si les intérêts matériels et moraux des familles sont mis en cause ». 	

Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis (UNAPEI)	
Date de création	1960
Dates d'agrément	02/03/2017 - 05/03/2022
Contact	<p>15 rue Coysevox 75876 PARIS Cedex 18 https://www.unapei.org/</p> <p>Président : M. Luc GATEAU</p>
<p>L'Unapei est la première fédération française d'associations de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées mentales et de leurs familles.</p> <p>« Principal mouvement associatif français, l'Unapei regroupe 550 associations, animées par des bénévoles, des parents et des amis de personnes handicapées. Depuis 60 ans, nous innovons sur tous les territoires et agissons avec et pour les personnes en situation de handicap.</p> <p>Entrepreneurs militants, nous sommes les principaux initiateurs des actions solidaires et des accompagnements médico-sociaux qui existent aujourd'hui en France pour les personnes en situation de handicap intellectuel, autistes, polyhandicapées et porteuses de handicap psychique.</p> <p>Agir contre l'isolement et l'exclusion sociale Toujours à l'écoute des besoins, des désirs et des choix des personnes que nous accompagnons, nous construisons des solutions d'accompagnement évolutives et adaptées à chaque étape de la vie. Nous agissons aussi pour que la survenue du handicap ne soit pas synonyme d'isolement et d'exclusion sociale des familles concernées.</p> <p>Accompagnement et respect des personnes L'Unapei est aujourd'hui la principale organisation gestionnaire d'établissements et de services dans le secteur médico-social en France et la plus importante dans le secteur du handicap (plus de 3 000 établissements). Notre ADN de Mouvement parental est une force pour toujours garantir qualité d'accompagnement et respect des personnes accompagnées ».</p>	

Annexe 6. Questionnaire adressé aux médecins

PROFIL DU RÉPONDANT

Début d'exercice *remplissage spontané formaté*

Spécialité *liste déroulante*

Lieu d'exercice principal

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe
- Centre de santé
- Établissement de santé public
- Établissement de santé privé
- Établissement de santé privé associatif

Mode d'exercice

- Libéral
- Salarié
- Mixte

GÉNÉRALITÉS

1. Comment avez-vous eu connaissance de la loi Kouchner du 4 mars 2002 ?

- Lors de votre formation médicale initiale ?
 - Cours théorique
 - Stage
- Grâce au développement professionnel continu (DPC) ?
- À l'occasion d'un échange avec un confrère ?
- À l'occasion d'un échange avec un patient ?
- Autre, préciser :

2. Si vous avez eu connaissance de cette loi lors de votre formation médicale initiale, était-ce ?

- Lors de cours théorique
- Lors d'un stage
- Non concerné

3. Souhaiteriez-vous être mieux informé sur le contenu de cette loi ?

- Oui,
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

DROITS DE LA PERSONNE

Secret médical et secret médical partagé

4. Avez-vous connaissance de dérogations légales au secret médical ?

- Oui
- Non

5. Savez-vous si les professionnels de santé peuvent échanger entre eux des informations médicales sur :

- les patients ?
 - Oui, ils peuvent échanger
 - Non, ils ne peuvent pas échanger
- les patients dont ils assurent une prise en charge commune ?
 - Oui, ils peuvent échanger
 - Non, ils ne peuvent pas échanger

6. **Savez-vous si le patient peut s'opposer à l'échange d'informations concernant sa santé entre professionnels de santé ?**
- Oui, il peut s'opposer
 - Non, il ne peut pas s'opposer
7. **Savez-vous si un médecin peut transmettre aux ayants droits des données médicales d'un patient décédé ?**
- Oui, il peut
 - Non, il ne peut pas
8. **Savez-vous s'il existe des conditions pour transmettre aux ayants droit des données médicales d'un patient décédé ?**
- Oui
 - Non

DROITS ET RESPONSABILITÉS DES USAGERS

Droit d'être informé

9. **Le patient ayant le droit d'être informé sur son état de santé, de quelle façon lui délivrez-vous cette information ?**
- Oral
 - Écrit
10. **La traçabilité de l'information donnée au patient est-elle une préoccupation pour vous ?**
- Oui
 - Non
11. **Donnez-vous systématiquement vos comptes-rendus à vos patients ?**
- Oui
 - Non
- Si non, pourquoi ?

Accès de toute personne aux informations concernant sa santé

12. **Donnez-vous systématiquement à vos patients les comptes rendus qui vous ont été adressés par des confrères ?**
- Oui
 - Non
- Si non, pourquoi ?
13. **Connaissez-vous la notion de notes personnelles dans le dossier médical ?**
- Oui
 - Non
14. **Donnez-vous son dossier médical à tout patient qui le demande ?**
- Oui
 - Non
15. **Savez-vous s'il existe un délai de transmission de son dossier médical au patient qui en fait la demande ?**
- Oui
 - Non

Information sur les frais

16. **Vos honoraires et sectorisation conventionnelle sont-ils affichés ?**
- Oui
 - Non
17. **Si oui, où sont-ils affichés ?**
- Sur un site de prise de rendez-vous ? Oui Non

- Dans la salle d'attente ? Oui Non
- Dans votre bureau de consultation ? Oui Non

18. La notion de « tact et mesure » pour tout dépassement d'honoraire est-elle :

- une notion concrète ? Oui Non
 - applicable dans votre quotidien ? Oui Non
- Commentaires

Consentement libre et éclairé

19. Cherchez-vous le consentement libre et éclairé des patients dans toutes les situations ?

- Oui
- Non

20. Quelles situations peuvent rendre cette recherche difficile voire impossible ? *Question ouverte*

21. Gardez-vous la preuve de l'obtention du consentement éclairé dans le dossier médical du patient ?

- Oui
- Non

Si oui, le faites-vous :

- À chaque fois
- Souvent
- Parfois

22. « 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. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ».

Avez-vous déjà été confronté à une situation de refus de soins exprimée par un patient ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

Avez-vous déjà été confronté à une situation d'interruption de soins par un patient ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

23. Quand vous en avez connaissance, tracez-vous le refus ou l'interruption des soins dans le dossier médical de la personne ?

- Oui
- Non

Personne de confiance

24. Connaissez-vous le rôle de la personne de confiance ?

- Oui
- Non

25. Pensez-vous que les patients sont informés de la possibilité qui leur est donnée de désigner une personne de confiance ?

- Oui
- Non

26. Demandez-vous à vos patients le nom et les coordonnées de leur personne de confiance ?

- Oui
- Non

27. Si oui, le faites-vous systématiquement ?

- Oui
- Non
- Si non, pourquoi ?

Accès aux soins des personnes en situation de handicap

28. De manière générale, l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est-t-il difficile selon vous ?

- Oui
- Non

29. Dans votre pratique, l'accès aux soins de ces personnes a-t-il pu être facilité ?

- Oui
Si oui, comment ?
- Non

30. Selon vous, la présence d'un tiers aidant durant la consultation d'un patient en situation de handicap est-elle :

- Souhaitable ?
 - Oui
 - Non
- Problématique au regard du secret médical ?
 - Oui
 - Non

31. Souhaiteriez-vous être davantage informé sur la prise en charge médicale spécifique des handicaps de vos patients ?

- Oui
- Non

32. Disposer d'un annuaire des lieux de soins dédiés à la prise en charge spécifique aux différents handicaps vous semblerait-il utile dans votre exercice quotidien ?

- Oui
- Non

33. Votre formation sur la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap vous semble-t-elle suffisante ?

- Oui
- Non

Mesures de protection juridique des majeurs

34. Lorsque la situation médicale du patient le nécessite, l'informez-vous ou informez-vous son entourage de la nécessité de solliciter du juge des tutelles la mise place d'une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) ?

- Oui
- Non

35. Lorsque vous avez connaissance d'une mesure de protection juridique dont votre patient fait l'objet (tutelle, curatelle), demandez-vous communication du jugement définissant les missions de la personne chargée de cette mesure ?

- Oui
- Non

36. Connaissez-vous la mission de « représentation à la personne » confiée au tuteur par le jugement prononçant une mesure de tutelle ou d'habilitation familiale ?

- Oui
- Non

Soins aux mineurs

37. Abordez-vous la question de l'autorité parentale avec les parents de mineurs, notamment en cas de séparation ou de parent isolé ?

- Oui
- Non

38. Vous semble-t-il difficile de proposer de voir l'enfant seul en cas de nécessité ?

- Oui
Si oui, pourquoi ?
- Non

39. Le mineur peut s'opposer à la consultation de ses parents pour les décisions médicales le concernant, cette mesure vous semble-t-elle applicable dans votre exercice quotidien ?

- Oui
- Non
Si non, pourquoi ?

PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les associations d'usagers

40. Pensez-vous que les associations d'usagers doivent avoir une place plus importante dans le soin donné aux patients ?

- Oui
- Non

41. Consultez-vous dans votre pratique la liste des associations d'usagers agréées ?

- Oui
Si oui, travaillez-vous en partenariat avec des associations d'usagers ?
 - Oui
 - Non
- Non

42. Si oui, travaillez-vous en partenariat avec des associations d'usagers ?

- Oui
- Non
Commentaire

Le patient expert

43. Savez-vous ce qu'est un patient expert ?

- Oui
- Non

44. Selon la Haute autorité de santé (HAS), on désigne comme patient expert « le patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l'expression des autres patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes. Pour l'instant, il n'existe pas de reconnaissance institutionnelle du statut de patient-expert en établissement de santé. Pour autant, des associations de patients, des universités et des hôpitaux ont lancé des formations destinées à ces patients-experts ».

Pensez-vous que le principe du patient expert doive se développer ?

- Oui
- Non
Commentaire

RESPONSABILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET RÉPARATION DES PRÉJUDICES

Responsabilité du médecin

45. Estimez-vous que la responsabilité du médecin dans la prise en charge du patient soit de plus en plus engagée ?

- Oui
 - Non
- Commentaire

46. Connaissez-vous la notion d'aléa thérapeutique ?

- Oui
- Non

Procédures extrajudiciaires de réparation des dommages médicaux

47. Connaissez-vous les procédures d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (CCI (ex CRCI) et ONIAM) ?

- Oui
- Non

QUESTIONS DIVERSES

48. Seriez-vous intéressé(e) par un recensement des sites certifiés d'information en santé ?

- Oui
- Non

49. Pensez-vous que l'arrivée de la téléconsultation a modifié la relation médecin-patient ?

- Oui
 - Non
- Commentaire

CONCLUSION

50. Pensez-vous que la publication de la loi Kouchner a modifié l'exercice de votre profession ?

- Oui
 - Non
- Commentaire

51. Pensez-vous que cette loi a changé la relation médecin patient ?

- Oui
 - Non
- Commentaire

Annexe 7. Questionnaire adressé aux patients (via les associations d'usagers)

PROFIL DU RÉPONDANT

1. Genre
2. Âge

GÉNÉRALITÉS

3. Avez-vous connaissance de la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé ?
 - Oui
 - Non
- Pensez-vous qu'elle soit suffisamment connue autour de vous ?
- Oui
 - Non

DROITS DE LA PERSONNE

Secret médical

4. Connaissez-vous la notion de secret médical ?
 - Oui
 - Non
5. Le respect du secret médical, quelles que soient les données vous concernant, vous semble-t-il :
 - Accessoire ?
 - Important ?
 - Fondamental ?
6. Savez-vous que la loi permet au médecin de déroger au secret médical et de révéler dans certains cas des informations médicales vous concernant ?
 - Oui
 - Non
7. Savez-vous que vous pouvez vous opposer à l'échange d'informations médicales vous concernant entre les professionnels de santé qui vous prennent en charge ?
 - Oui
 - Non
8. Savez-vous s'il existe des conditions pour que le médecin transmette aux ayants droit des données médicales d'un patient décédé ?
 - Oui
 - Non

DROITS ET RESPONSABILITÉS DES USAGERS

Droit d'être informé

9. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé par son médecin. Cette information vous est-elle le plus souvent délivrée :
 - Par oral ?
 - Par écrit ?
10. Pensez-vous que le médecin doit garder une trace dans le dossier médical de l'information qu'il vous donne ?
 - Oui
 - Non
11. Cette traçabilité est-elle importante pour vous ?
 - Oui
 - Non

Accès de toute personne aux informations concernant sa santé

12. Les médecins que vous consultez vous donnent-ils les comptes rendus qu'ils rédigent ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

13. Si le médecin que vous avez consulté ne vous communique pas le compte-rendu, lui en faites-vous la demande ?

- Oui
- Non

Si non, le demandez-vous à votre médecin traitant ?

- Oui
- Non

14. Connaissez-vous la notion de notes personnelles dans le dossier médical ?

- Oui
- Non

15. Savez-vous s'il existe un délai de transmission de son dossier médical au patient qui en fait la demande ?

- Oui
- Non

16. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir votre dossier médical auprès :

- D'un médecin ?
- D'un établissement de santé (hôpital, clinique, etc.) ?

17. Avez-vous déjà été confronté à un refus de communication de dossier médical de la part :

- D'un médecin ?
- D'un établissement de santé (hôpital, clinique, etc.) ?

Information sur les frais

18. Les honoraires des praticiens que vous consultez sont-ils affichés ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

19. S'ils sont affichés, le sont-ils le plus souvent :

- Sur un site internet (prise de rendez-vous par exemple) ?
- Dans la salle d'attente ?
- Dans le bureau de consultation ?

20. S'ils ne sont pas affichés, en parlez-vous à votre médecin ?

- Oui
- Non

21. La notion de « tact et mesure » que doit observer tout médecin en cas de dépassement d'honoraire vous semble-t-elle une notion concrète ?

- Oui
- Non

Consentement libre et éclairé du patient

22. La notion de consentement libre et éclairé est-elle pour vous une notion concrète ?

- Oui
- Non

23. Le consentement libre et éclairé est défini par la loi : « *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. [...] 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* ».

Avez-vous l'impression d'être invité à participer à la prise de décision vous concernant :

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- Cela dépend des médecins
- Cela ne relève pas de moi
- Je ne le souhaite pas
- J'ai parfois du mal à décider moi-même

24. Avez-vous déjà signé un document de consentement pour la réalisation d'un acte technique (ex : intervention chirurgicale, examen de radiologie, etc.) ?

- Oui
- Non

25. « 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. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ».

Avez-vous déjà refusé des soins ?

- Oui
- Si oui, pourquoi ?
- Non

Avez-vous déjà interrompu des soins ?

- Oui
- Si oui :
- En avez-vous averti votre médecin ?
 - L'avez-vous fait avec l'accord de votre médecin ?
- Non

Personne de confiance

26. Connaissez-vous le rôle de la personne de confiance ?

- Oui
- Non

27. Connaissez-vous la possibilité donnée aux patients de désigner une personne de confiance ?

- Oui
- Non

28. Pensez-vous que les patients soient suffisamment informés de cette possibilité ?

- Oui
- Non

Si non, par qui estimez-vous devoir en être informé ?

- Professionnel de santé
- Établissement de santé
- Assurance maladie
- Le site du ministère de la santé <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- Le site officiel de l'administration française <https://www.service-public.fr/>

29. Votre médecin vous a-t-il déjà demandé le nom et les coordonnées de votre personne de confiance ?

- Oui
- Non.

Si non, les lui donnez-vous systématiquement ?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais désigné de personne de confiance

Accès aux soins des personnes en situation de handicap

30. Selon vous, l'accès aux soins des personnes en situation de handicap reste-t-il difficile ?

- Oui
- Non

31. Selon vous, la présence d'un tiers aidant durant la consultation d'un patient en situation de handicap est-elle :

- Souhaitable ?
 - Oui
 - Non

- Problématique au regard du secret médical ?
 - Oui
 - Non

32. Souhaiteriez-vous que les médecins soient plus informés sur la prise en charge médicale spécifique de chaque handicap ?

- Oui
- Non

33. Pensez-vous que les médecins doivent avoir accès à une formation sur la prise en charge médicale spécifique de chaque handicap ?

- Oui
- Non

Mesures de protection juridique des majeurs

34. Un médecin vous a-t-il déjà parlé de la possibilité de mettre en place une mesure de protection juridique pour une personne dont l'état le nécessite (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, etc.) ?

- Oui
- Non
- Non concerné

35. Les missions de la personne chargée de la mesure de protection juridique sont fixées par un jugement. Selon vous, ce jugement peut-il être donné au médecin du patient concerné ?

- Oui
- Non

36. Dans le jugement prononçant une mesure de tutelle ou d'habilitation familiale, il existe une mission de « représentation à la personne ». Connaissez-vous cette mission ?

- Oui
- Non

Soins aux mineurs

37. Savez-vous si un mineur peut s'opposer à la consultation de ses parents pour les décisions médicales le concernant ?

- Oui
- Non

PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les associations d'usagers

38. Selon votre expérience, les médecins ont-ils recours aux associations d'usagers :

- Jamais
- Parfois
- Souvent

Le patient expert

39. Savez-vous ce qu'est un patient expert ?

- Oui
- Non

40. Selon la Haute autorité de santé (HAS), on désigne comme patient expert « le patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l'expression des autres patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes. Pour l'instant, il n'existe pas de reconnaissance institutionnelle du statut de patient-expert en établissement de santé. Pour autant, des associations de patients, des universités et des hôpitaux ont lancé des formations destinées à ces patients-experts ».

Pensez-vous que le principe du patient expert doive se développer ?

- Oui
- Non

Commentaire

RESPONSABILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET RÉPARATION DES PRÉJUDICES

Responsabilité du médecin

41. Connaissez-vous la notion d'aléa thérapeutique ?

- Oui
- Non

Procédures extrajudiciaires de réparation des dommages médicaux

42. Connaissez-vous les procédures d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (CCI (ex-CRCI) et ONIAM) ?

- Oui
- Non

QUESTIONS DIVERSES

43. Pensez-vous que la téléconsultation a modifié la relation médecin-patient :

- Oui
- Non

Qu'en pensez-vous ?

CONCLUSION

44. Pensez-vous que la publication de la loi Kouchner a modifié la relation médecin-patient ?

- Oui
- Non

Commentaire

Annexe 8. Table des abréviations

AMM	Association médicale mondiale
ANM	Académie nationale de médecine
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CCI	Commission de conciliation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (anciennement CRCI)
CDM	Code de déontologie médicale
CDU	Commission des usagers des établissements de santé
CEOM	Conseil européen des Ordres médicaux
CGCOM	<i>Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i> (Conseil Général des Collèges Officiels de Médecins)
CNAarusp	Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique (Commission nationale d'agrément)
CNAMed	Commission nationale des accidents médicaux
CSP	Code de la santé publique
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNS	Conférence nationale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CORAP	Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers
DAJ	Direction des affaires juridiques
DG ARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DMP	Dossier médical partagé
GCS	Groupement de coopération sanitaire
Loi HPST	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
OMC	<i>Organización médica colegial de España</i> (Ordre des médecins d'Espagne)
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

BIBLIOGRAPHIE

Présentation de la loi du 4 mars 2002 / La relation médecin-patient

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, version initiale

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>

DAJ AP-HP, *Présentation de la loi du 4 mars 2002*, 19/08/2002

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/presentation-de-la-loi-n-2002-303-du-4-mars-2002-relative-aux-droits-des-malades-et-a-la-qualite-du-systeme-de-sante/>

Académie Nationale de Médecine, *Améliorer la pertinence des stratégies médicales*, Rapport, 8 avril 2013, p. 5

<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/2-Rapport-Pertinence-des-strat%C3%A9gies-m%C3%A9dicales-27-mars1.pdf>

Académie nationale de médecine, *Rapport 21-09. La relation médecin-malade*, Rapport et recommandations de l'ANM, Bulletin de l'ANM 205 (2021), 857-866, disponible sur internet le 14 juillet 2021

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001407921002818>

CARDIN (H.), *La loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner »*, Presses de Science Po, « Les Tribunes de la santé », 2014/1 n°42, pages 27 à 33, ISSN 1765-8888

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-1-page-27.htm>

ARIÈS (S.), *Évolutions de la responsabilité des professionnels de santé – Quatre ans après la loi du 4 mars 2002*, Droit, déontologie et soins, décembre 2006, vol. 6 n°4, pp. 501-507

LAUDE (A.), *Le patient, nouvel acteur de santé ?*, Recueil Dalloz 2007, p. 1151

ROUSSET (G), *Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité*, Carnets de Bord 2009, n°16, p. 23, cité dans LAUDE (A.), PARIENTE (J.), TABUTEAU (D.), *La judiciarisation de la santé*, Éditions de Santé, 2012

Les évolutions dans la pratique médicale de la loi du 4 mars 2002

AP-HP, *Influences de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur les pratiques professionnelles - Résultats intermédiaires d'une enquête nationale menée auprès des professionnels de santé*, Esprit critique, hiver 2008, vol. 11, n°01

<http://espritcritique.uiz.ac.ma/Dossiers/article.asp?t03code=81&varticle=esp1101article06&vr ep=1101>

AP-HP, Espace Éthique, *Loi du 4 mars 2002 et pratiques soignantes : première analyse*, Revue Laennec, 2005/4, tome 53, pp. 35 à 49

<https://www.cairn.info/revue-laennec-2005-4-page-35.htm>

Bulletin de l'Ordre des médecins, n° spécial, *Les droits des patients, un progrès pour tous*, septembre-octobre 2011

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2011-09/special2011.pdf>

CNS, *Droits des usagers, relation partenariale et formation des professionnels*, Rapport de la mandature 2015-2019

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportducns_2015_v101215_liens_changes.pdf

France Assos Santé, *Observatoire de France Assos Santé*, Rapport annuel de Santé Info Droits, 2019,

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/observatoire-de-france-assos-sante-sur-les-droits-des-malades-rapport-annuel-2019-de-sante-info-droits/

La relation médecin-patient à l'international

AMM, Déclaration de Cordoue sur la relation entre médecin et patient, adoptée par la 71^{ème} assemblée générale de l'AMM, Cordoue, Espagne, octobre 2020

En français (relation médecin-patient) : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-cordoue-lamm-sur-la-relation-entre-medecin-et-patient/>

En espagnol (relation médecin-patient) : <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>

En anglais (relation patient-médecin) : <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-cordoba-on-patient-physician-relationship/>

CGCOM, OMC, *La Relación Médico Paciente, Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad*, juillet 2017

https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/files/assets/common/downloads/publication.pdf

Médicos y pacientes.com, *Dr. Patricio Martínez: "De forma sutil, políticos y gestores han transformado la relación médico-paciente"*²⁸, 04/07/2016

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-patricio-martinez-de-forma-sutil-politicos-y-gestores-han-transformado-la-relacion>

Médicos y pacientes.com, *El presidente del CGOM, Dr Romero, y su homólogo francés, Dr. Bouet, sellan alianzas a nivel europeo e internacional*²⁹, 30/09/2018

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-presidente-del-cgcom-dr-romero-y-su-homologo-frances-dr-bouet-sellan-alianzas-nivel>

La téléconsultation

CNOM, *Mésusage de la télémédecine*, Rapport adopté lors de la session du CNOM de décembre 2020, mis à jour le 8 octobre 2021

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom_mesusage_de_la_telemedecine.pdf

²⁸ « Dr Patricio Martínez : "De manière subtile, les politiciens et les gestionnaires ont transformé la relation médecin-patient" »

²⁹ « Le Président du CGOM, le Dr Romero, et son homologue français, le Dr Bouet, scellent une alliance au niveau européen et international »