



# ESPACE ÉTHIQUE

SERVIR LES VALEURS DU SOIN

## OBSERVATOIRE ÉTHIQUE ET SOINS HOSPITALIERS<sup>®</sup>

AVEC LE CONCOURS

- DU DÉPARTEMENT DE RECHERCHES EN ÉTHIQUE PARIS-SUD 11/AP-HP
- DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
- DE LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'ASSISTANCE PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF (FEHAP)
- DE L'ESPACE ÉTHIQUE MÉDITERRANÉEN, ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE MARSEILLE
- DU LABORATOIRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE, DE DROIT DE LA SANTÉ ET DE SANTÉ PUBLIQUE, NECKER

## LOI DU 4 MARS 2002 - TITRE II & IV QUELLES INFLUENCES SUR LES ACTIVITÉS DE SOIN À L'HÔPITAL ?

### QUESTIONNAIRE À RETOURNER AVANT LE 30 JUILLET 2003

ESPACE ÉTHIQUE AP-HP - Loi du 4 mars 2002  
CHU Saint-Louis 75 475 Paris Cedex 10


## Une même exigence de dignité et de qualité des soins



La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé modifie de façon notable les conditions d'exercice des professionnels de santé. De nombreuses dispositions régissant les activités de soins modifient le droit antérieurement en vigueur et suscitent de nouvelles obligations.

Par l'ampleur de ses perspectives, cette loi ne laisse aucun domaine hors de son champ d'application. Elle concerne directement l'ensemble des catégories du personnel hospitalier dans la diversité de ses missions et compétences au service de la personne malade et de ses proches.

L'Observatoire éthique et soins hospitaliers® de l'Espace éthique AP-HP se propose, avec ses partenaires, d'analyser et d'évaluer les influences de la loi sur les activités de soin à l'hôpital. Identifier précisément ces problématiques contribuera à une meilleure compréhension des mesures indispensables aux évolutions qui visent à une même exigence de dignité et de qualité des soins.

Votre participation à cette étude, (sous engagement de confidentialité des données recueillies), s'avère donc essentielle. Au cœur de nos institutions et au plus près des réalités pratiques du soin, vos expériences et expertises contribueront à l'application raisonnée d'un dispositif dont chacun mesure désormais la portée. Comme pour la précédente enquête nationale menée auprès des professionnels - *Éthique & pratiques hospitalières 2002-2003* - un Conseil scientifique a été constitué pour superviser l'étude et en assurer la pertinence. Les résultats seront communiqués prioritairement et de manière directe aux participants avant leur diffusion. 

Eytan Ellenberg, Marc Guerrier, Emmanuel Hirsch, Roger Mislawski

Conseil scientifique

Dominique Bertrand, Michel Bilis, Loïc Blanchard, Christiane Boudier, Yann Bubien, Pierre Canouï, Maxime Delaporte, Denis Devictor, Marc Dupont, Eytan Ellenberg, Sonia Garti, Marc Guerrier, Patrick Hardy, Christian Hervé, Emmanuel Hirsch, Alain Koskas, Catherine Le Grand-Séville, Perrine Malzac, Roger Mislawski, Virginie Ponelle, Nathalie Vandevelde.

Toute reproduction intégrale ou partielle du présent document faite sans le consentement des auteurs est illicite à l'exception des copies réservées à l'usage privé du copiste, ainsi que des courtes citations conformes à la loi (article L122-4, L122-5, L355-2 du code de la propriété intellectuelle).  
Observatoire éthique et soins hospitaliers® - 2003

## I → POUR VOUS CONNAÎTRE

Prénom et nom (facultatif) :

---



---

Activité professionnelle :

---



---

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Appartenez-vous au corps médical ?                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Appartenez-vous au corps paramédical ?                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Exercez-vous une activité clinique ?                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Exercez-vous une activité administrative ?                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Êtes-vous membre d'une association présente à l'hôpital ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Service, département ou direction dans lequel vous travaillez :

---



---

Adresse professionnelle :

---



---

E-mail (facultatif) :

@

---

• **Connaissez-vous la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ?**

- Je ne connais pas son contenu
- Je connais son contenu mais je n'ai pas lu le texte de la loi
- J'ai lu le texte de la loi

## II → L'INFORMATION DE LA PERSONNE MALADE (ART. L-1111-1 À L.1111-9 CSP\*)

### 1/ L'INFORMATION PAR LE SOIGNANT

Art. L. 1111-2 CSP : « 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 lui sont proposées, 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 ».

#### • L'attention que vous portez à l'information de la personne malade :

- n'a pas changé
- a changé du fait de la loi du 4 mars 2002
- a changé pour une autre raison

Si oui, laquelle ? (merci de préciser la période) :

.....

.....

.....

L'article L.1111-2 du code de la santé publique affirme que « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences » :

#### • Au sein de votre équipe, le rôle de chacun des professionnels de santé concernant l'information de la personne malade est-il établi de manière explicite ?

Oui  Non  Ne sait pas

Précisez :

.....

.....

.....

■ **Avant toute investigation à visée diagnostique ou de prévention, j'informe la personne malade :**

→ **De son utilité dans la démarche diagnostique**

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :  
.....  
.....  
.....

→ **Des conséquences prévisibles, si la personne malade la refuse**

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :  
.....  
.....  
.....

→ **Des risques qu'elle comporte**

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :  
.....  
.....  
.....

→ **Des conséquences prévisibles de sa réalisation**

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :  
.....  
.....  
.....

→ **Des alternatives, si elles existent**

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :  
.....  
.....  
.....

→ **Du degré d'urgence de sa réalisation**

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :  
.....  
.....  
.....

## ■ Avant tout acte ou prescription thérapeutique, j'informe la personne malade :

### → Des bénéfices escomptés

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :

.....

.....

.....

### → Des risques éventuels

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :

.....

.....

.....

### → Des conséquences prévisibles de la réalisation de cet acte ou de cette prescription

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :

.....

.....

.....

### → Des autres solutions possibles

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :

.....

.....

.....

### → Du degré d'urgence de la prescription ou de la réalisation de cet acte

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :

.....

.....

.....

### → Des conséquences prévisibles si la personne malade refuse cet acte ou cette prescription

Par oral : toujours  pas toujours  jamais

Par écrit : toujours  pas toujours  jamais

Précisez :

.....

.....

.....

- **Quelles difficultés principales identifiez-vous dans la mise en œuvre de cette obligation d'information avant tout acte (diagnostique, thérapeutique ou de prévention):**

---



---



---



---



---



---



---



---

- **La demande d'information de la part des personnes malades est-elle :**

- stable ?
- en augmentation ?

*Si oui précisez :*

---



---

*Selon vous, cela est-il lié à de l'inquiétude ?*

Toujours       Souvent       Rarement       Jamais

*Précisez :*

---



---

- en diminution ?

- **La demande d'information de la part de l'entourage est-elle :**

- stable ?
- en augmentation ?

*Si oui précisez :*

---



---

*Selon vous, cela est-il lié à de l'inquiétude ?*

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

*Précisez :*

---



---



---



---

en diminution?

• **Vous assurez-vous de la compréhension par la personne malade de l'information que vous délivrez ?**

Toujours

Le plus souvent

Parfois

Jamais

*Si oui, comment ?*

---



---



---



---

Je demande à la personne malade si elle a bien compris

Je demande à la personne malade de reformuler mon propos

• **L'obligation d'information a-t-elle pour conséquence :**

- une augmentation de la durée des consultations ? Oui  Non

- une augmentation de la fréquence de la demande d'un deuxième avis ? Oui  Non

- un plus grand nombre d'appels téléphoniques des personnes malades ? Oui  Non

• **De quels types de risques informez-vous les patients ?**

---



---



---

• **Quelles sont vos sources d'information concernant les risques ?**

---



---



---



---

• **Pour moi, informer des risques c'est :**

---



---



---

• **Pour vous, informer la personne malade des risques avant un acte :**

- n'a généralement pas d'effet sur la personne malade
- inquiète plutôt la personne malade
- a tendance à rassurer la personne malade
- entraîne des refus de soins

*Précisez :*

---



---



---

## 2/LA PREUVE DE L'INFORMATION

• **En cas de dommage imputable à une activité de diagnostic, de soin ou de prévention, prenez-vous contact avec la personne malade qui en est victime pour l'informer des circonstances à l'origine de ce dommage ?**

Systematiquement  Parfois  Jamais

• **La preuve de l'information est-elle pour vous une préoccupation ?**

Oui  Non

*Si oui, précisez :*

---



---



---

• **Comment envisagez-vous de démontrer que vous avez bien informé la personne ?**

*Par une mention écrite ?*

Oui

Non

Ne sait pas

*Si oui,*

- mention de votre part dans le dossier

médical/dossier de soins

Oui

Non

- mention écrite par la personne malade

dans son dossier médical

Oui

Non

- fiche standardisée signée par la personne

Oui

Non

- courrier au médecin traitant

Oui

Non

*Par une autre solution :*

Oui

Non

Ne sait pas

*Précisez :*

---



---



---

### 3/ REFUS DE SOIN ET LIMITATION DE L'INFORMATION

Art. L. 1111-2 alinéa 4 CSP : « 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 ».

• **Avez-vous été confronté au refus de personnes malades d'être informées ?**

Oui

Non

*Précisez :*

---



---

• **Limitez-vous spontanément votre information dans certains cas ?**

Oui  Non

*Lesquels ?*

- Diagnostic grave
- Inquiétude de la personne malade
- Stratégie d'évitement de la personne malade
- Demande de la famille
- Autres

*Précisez :*

---



---



---



---

#### **4/ LE PARTAGE DE LA DÉCISION**

Art. L. 1111-4 CSP : « 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. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

• **Pour vous, le patient est-il un partenaire de la décision de soins ?**

Oui  Non  Sans opinion

*Précisez :*

---



---



---

• **Avez-vous été confronté(e) à des refus de soins ?**

Oui  Non

*Si oui, quel était le motif invoqué par la personne ?*

- Mauvaise compréhension des informations
- Acharnement thérapeutique ou perçu comme tel

- Risque excessif ou disproportionné
- Convictions ou croyances
- Dégradation de la qualité de vie
- Refus de s'alimenter
- Douleur
- Sans motif invoqué
- Autres

Précisez :

---

---

---

- **Ces refus sont-ils en augmentation depuis la loi ?**

Oui

Non

- **Dans le cas d'un refus de soin, essayez-vous toujours de convaincre la personne malade, même en l'absence de danger pour sa vie ?**

Toujours

Le plus souvent

Parfois

Jamais

Précisez :

---

---

---

- **Considérez-vous la personne malade comme responsable à part entière dans la prise de décision ?**

Oui

Non

Sans opinion

Précisez :

---

---

---

### III → LA PERSONNE DE CONFIANCE (ART. L-1111-6 CSP)

Art. L. 1111-6 du CSP: «*Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consulté au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ces décisions*».

#### 1/ LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

- **Dans votre structure, quand la désignation de la personne de confiance peut-elle être faite ?**

- |                              |                              |                              |                                      |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - Lors de l'admission        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - En cours d'hospitalisation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

- **Selon vous, les personnes hospitalisées connaissent-elles la possibilité de désigner une personne de confiance ?**

Oui  Non  Ne sait pas

- **Dans votre structure, la possibilité de désigner une personne de confiance est évoquée :**

- |   |                              |                              |                                      |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - systématiquement pour toute personne hospitalisée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - pour certaines personnes uniquement               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

*Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) ?*

- Absence de proche
- Perte d'autonomie attendue
- Autres

• **Qui évoque cette possibilité ?**

- |                                |                              |                              |                                      |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - Le service des admissions    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - Le service d'hospitalisation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - Le médecin en consultation   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - Autres                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

*Si oui laquelle ?*

---



---



---

• **La désignation d'une personne de confiance est-elle consignée par écrit ?**

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, où ?*

- Sur le dossier médical
- Sur un document spécifique

*Précisez*

---



---



---

• **La désignation d'une personne de confiance fait-elle l'objet d'une procédure spécifique ?**

Oui  Non  Ne sait pas

• **A votre connaissance, qui est le plus souvent désigné ?**

- |                                      |                              |                              |                                      |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - Membre de la famille               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - Proche non membre de la famille    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - Un médecin (ex : médecin traitant) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - Autres                             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

*Précisez :*

---



---



---

• **Selon vous, les personnes de confiance ont été désignées du fait de :**

- |   |                              |                              |                                      |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - leur position de professionnels de santé              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - leur activité associative dans le domaine de la santé | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - leur qualité de proche                                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

• **Est-il arrivé qu'une personne hospitalisée ne sache pas qui désigner comme personne de confiance ?**

Oui  Non  Ne sait pas

## 2/ LE RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

• **La personne de confiance est intervenue :**

- |  |                              |                              |                                      |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - pendant les consultations            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - lors de l'hospitalisation            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| <i>Si oui,</i>                         |                              |                              |                                      |
| - lors des échanges avec les soignants | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - dans d'autres circonstances          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

*Dans ce dernier cas, merci de préciser lesquelles :*

.....

.....

.....

• **Au cours de procédures administratives ?**

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, lesquelles :*

.....

.....

.....

• **Lors de plaintes (administratives ou judiciaires) ?**

Oui  Non  Ne sait pas

• **Dans d'autres circonstances ?**

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, lesquelles :*

---



---

### 3/ PROBLÈMES RENCONTRÉS AVEC LA PERSONNE DE CONFIANCE

• **Avez-vous été témoin de situations conflictuelles ?**

Oui  Non

*Si oui, était-ce entre :*

- la personne de confiance  
et le personnel soignant ?

Oui  Non  Ne sait pas

- la personne de confiance  
et l'administration ?

Oui  Non  Ne sait pas

- la personne de confiance  
et la personne malade ?

Oui  Non  Ne sait pas

- la personne de confiance  
et d'autres personnes

Oui  Non  Ne sait pas

*Précisez :*

---



---



---

## 4/ REMARQUES

- **Comment avez-vous vécu la présence de ce tiers dans l'exercice de votre activité ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

## IV → LE DOSSIER

Art. L.1111-7 CSP : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et des établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et des prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».

### 1/ LE SUPPORT

#### ■ Le dossier médical

##### • Aujourd'hui, le support du dossier médical est-il :

- |                 |                              |                              |                                      |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - sur papier ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - informatisé ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

##### • Au sein de votre structure, le support du dossier médical a-t-il changé du fait de la loi du 4 mars 2002 ?

- Oui  Non  En projet  Ne sait pas

Si oui précisez :

---



---



---

#### ■ Le dossier infirmier

##### • Aujourd'hui, le support du dossier infirmier est-il :

- |                 |                              |                              |                                      |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - sur papier ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| - informatisé ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

- **Au sein de votre structure, le support du dossier infirmier a-t-il changé du fait de la loi du 4 mars 2002 ?**

Oui  Non  En projet  Ne sait pas

*Si oui précisez :*

## 2/ LE CONTENU

### ■ Le dossier médical

- **Le contenu du dossier médical est-il standardisé ?**

Oui  Non  Ne sait pas

- **La formalisation du dossier médical fait-elle l'objet d'une fiche technique ?**

Oui  Non  Ne sait pas

- **Certains documents sont-ils séparés du dossier ?**

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, lesquelles ?*

- Notes personnelles
- Examens complémentaires séparés
- Observations des étudiants hospitaliers
- Informations recueillies auprès de tiers ou concernant des tiers
- Autres

- **Limitez-vous ce que vous écrivez dans le dossier médical ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

*Si vous le faites, pourquoi ?*

## ■ Le dossier infirmier

### • Le contenu du dossier infirmier est-il standardisé ?

Oui  Non  Ne sait pas

### • La formalisation du dossier infirmier fait-elle l'objet d'une fiche technique ?

Oui  Non  Ne sait pas

## 3/ LA COMMUNICATION AU PATIENT

### • Depuis mars 2002, avez-vous déjà été confronté(e) à des demandes de communication :

- directe (la personne demande elle-même son dossier) ?

Oui  Non  Ne sait pas

- par l'intermédiaire du médecin traitant ?

Oui  Non  Ne sait pas

### • La communication du dossier médical se fait-elle :

sur place

par envoi postal

autre

*Précisez :*

---



---



---

### • Le caractère écrit de la demande pose-t-il problème à la personne malade ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

### • Lorsqu'elle prend connaissance de son dossier, la personne hospitalisée est-elle accompagnée ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

• **Qui l'accompagne ?**

- Une personne du service ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui,*

- un médecin ?

Oui  Non

- le(la) chef de service ?

Oui  Non

- un(e) étudiant(e) en médecine ?

Oui  Non

- un(e) infirmier(e) ?

Oui  Non

- une autre personne ?

Oui  Non

*Si oui, qui ?*

*Précisez :*

.....

.....

.....

- Le directeur de l'hôpital

Oui  Non

- Le conciliateur médical

Oui  Non

• **Pour vous, la communication du dossier médical au titre de la loi du 4 mars 2002, est-elle une activité nouvelle ?**

Oui  Non  Ne sait pas

*Précisez :*

.....

.....

.....

• **Une organisation spécifique pour cette communication a-t-elle été mise en place ?**

Oui  Non  Ne sait pas

Dans le service des archives

A la direction de l'hôpital

Autre lieu

*Précisez :*

.....

• **La motivation des personnes à accéder à leur dossier a été :**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - la demande d'un autre avis médical                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - simplement parce qu'un autre médecin en a besoin   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - la volonté de lire les informations les concernant | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - une compagnie d'assurance                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

*Si oui, dans quel but ?*

.....

.....

- |                             |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - la médecine du travail    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - un employeur              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - un contentieux            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - une banque                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - un changement de domicile | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - un autre interlocuteur    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

*Si oui, lequel ?*

.....

.....

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - simplement pour le garder chez soi ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------------|------------------------------|

• **D'après vous, les personnes hospitalisées font-elles parfois l'objet de pressions pour demander leur dossier ?**

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, de qui, dans quelles situations ?*

.....

.....

#### 4/ VOTRE PERCEPTION DE LA COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL

- Percevez-vous une influence sur le climat de confiance ?

Oui  Non  Ne sait pas

Précisez :

.....

.....

- Votre tâche de travail s'en trouve-t-elle alourdie ?

Oui  Non  Ne sait pas

- Avez-vous rencontré des problèmes spécifiques relatifs à cette communication ?

Oui  Non  Ne sait pas

Précisez :

.....

.....

- Le secret médical peut-il être toujours préservé lors de la communication du dossier médical ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si ce n'est pas toujours possible, précisez dans quelle situation :

.....

.....

- En général, dans quels délais assurez-vous aujourd'hui la communication du dossier ? (Précisez le nombre de jours)

.....

.....

.....

# → ESPACE ÉTHIQUE

SERVIR LES VALEURS DU SOIN

Ce programme est disponible à l'Espace Éthique  
ou sur notre site internet [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)



QUESTIONNAIRE À RETOURNER AVANT  
**LE 30 JUILLET 2003**

ESPACE ÉTHIQUE AP-HP  
Loi du 4 mars 2002  
CHU Saint-Louis  
75475 Paris Cedex 10

**Espace éthique AP-HP**  
Centre hospitalier universitaire  
Saint-Louis  
1, avenue Claude Vellefaux -  
75475 Paris Cedex 10  
[espace.ethique@sls.ap-hop-paris.fr](mailto:espace.ethique@sls.ap-hop-paris.fr)  
Téléphone : 01 44 84 17 57  
Télécopie : 01 44 84 17 58  
[www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)