



L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun

Rapporteur : Dr Bernard DECANTER

Ont collaboré au rapport :

Dr Isabelle GAUTIER

Dr Jean-Alain CACAULT

Dr Piernick CRESSARD

Dr Bertrand LERICHE

Dr Alex MOZAR

Dr Jean-François RAULT

Dr François STEFANI

8 septembre 2012

Commission Nationale Permanente 2011-2012

Président : Dr François-Régis CERRUTI

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION – Dr François STEFANI	3
2 - DÉFINITIONS ET BASES THÉORIQUES – DR Bernard DECANTER	6
1. DÉFINITION	6
2. NOTIONS JURIDIQUES ET OBLIGATIONS LÉGALES	7
A. Droits des malades et des usagers du système de santé	7
B. Les personnes accueillies dans les établissements de santé	8
C. La responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies	8
D. La participation des usagers au fonctionnement du système de santé	8
E. Les recherches biomédicales	8
3. LE CODE DE DÉONTOLOGIE	8
3/1 – L'INFORMATION DU SOIGNÉ, UNE COMMUNICATION À SOIGNER – Dr Alex MOZAR	9
I. LA CONSULTATION	9
1. Les temps forts	9
2. Environnement	10
II. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ	11
A. L'information	11
1. Son cadre	11
2. Nature et gradients de l'information	12
3. Les limites de l'information	13
4. Les situations particulières	13
5. En cas de litige	15
B. Le Consentement du patient	16
1. Le cadre	16
2. Consentement éclairé	16
3. Le consentement pour le secret partagé	17
C. Environnement : les autres acteurs	17
III. LA COMMUNICATION DANS LA RELATION SOIGNÉ-SOIGNANT	17
A. Approche sommaire	17
A1. Quelques définitions	17
1. La relation	17
2. La communication	18
3. Informer - Annoncer	19
A2. Exemple de modèle et complexité	20
B. Difficultés pour parler de communication en médecine	20
B1. En rapport avec les mots et leurs significations	20
B2. En rapport avec le médecin, sa formation et les réformes en cours	21
C. Objectivité scientifique - Évolution des idées ?	22
D. Pourquoi un enseignement de la communication à la faculté ?	22
1. Objectif	22
2. Les outils appliqués à la relation soigné/soignant	23
3. Prévenir les détresses professionnelles, s'intéresser au vécu des soignants : soutien psychologique, apprendre à s'écouter	24
4. Mieux gérer les réactions	24
Conclusion	25

3/2 – LA CONSULTATION ? – Dr Isabelle GAUTIER	27
I. QUE SE PASSE-T-IL VRAIMENT DANS UNE CONSULTATION ?	27
1. Le temps de l'information	27
2. Le coping	28
3. La maîtrise des émotions	28
4. Les mécanismes de défense	29
5. Organisation défensive des médecins	30
II. INFORMER : INFORMARE	31
1. Par définition	31
2. Nature du devoir de l'obligation d'information	31
3. Les gradients de l'obligation d'information	31
III. ÉVOLUTION SOCIÉTALE	32
A. Aspects socioculturels	32
B. Le malaise identitaire	33
IV. INFORMATION, SURINFORMATION, DÉSINFORMATION	34
V. ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET JURISPRUDENCIELLE	34
1. Le consentement éclairé	34
2. Les lois sont pavées de bonnes intentions	35
A. La charge des preuves	35
B. La perte de chance	36
C. Un préjudice autonome nommé « préjudice d'impréparation »	36
VI. DILEMME ÉTHIQUE	37
Conclusion	37
4 – LES QUESTIONS ET PROBLÉMATIQUES – Dr Jean-Alain CACAULT	38
1. La problématique de l'information en médecine	38
2. La compétence de l'informatique	40
3. L'information	40
4. L'information et les conflits d'intérêt	41
5. Médecine préventive – médecine prédictive	41
6. Les devoirs du patient	42
7. La médecine génétique prédictive – Dr Piernick CRESSARD	43
5/1 – FORMALISME ET INFORMATION – Dr Bertrand LERICHE	46
5/2 – L'INFORMATION DU PATIENT PAR LES MÉDECINS – UN ACTE PROFESSIONNEL OU COMMERCIAL ?	
VISION EUROPÉENNE – Dr Jean-François RAULT	51
1. Florilège des « info » médicales et des demandes au Conseil de l'Ordre	51
2. Que se passe-t-il chez nos voisins belges et bataves en termes d'information médicales vis-à-vis du public ?	55
3. Chez nos confrères chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires, qu'en est-il des possibilités d'information au public	56
4. Chez l'utilisateur de santé, où peut-on aller dans l'information avec les nouvelles TIC	57
5. Proposition et Petit Bréviaire d'une NIM (Nouvelle Information Médicale)	58
6 – RÉFLEXIONS – Dr Bernard DECANter	59
7 – CONCLUSION ET PROPOSITIONS – Dr Bernard DECANter	61
7 – ANNEXES – JURISPRUDENCE - BIBLIOGRAPHIE	65

1 - Introduction

Dr François STEFANI

Historiquement la relation médecin malade était basée sur un rapport d'autorité. Pour Hippocrate le malade ignorant doit se soumettre aux conseils du médecin sachant car ayant reçu l'enseignement de ses maîtres. Le malade affaibli par la maladie est d'autant plus dépendant que son jugement s'en trouve perturbé.

« Car les uns ont un esprit sain dans un corps sain....les autres au contraire ne connaissent ni la nature ni la cause de leurs souffrance »
(Hippocrate : Art 7),

Cependant l'information du malade n'est pas négligée, ne serait-ce que pour montrer la qualité du diagnostic :

« Connaissant d'avance et indiquant près des malades les phénomènes passés, présents et à venir, énumérant toutes les circonstances qui leur échappent, il leur persuadera qu'il connaît mieux qu'un autre tout ce qui les regarde ; en sorte qu'ils ne craindront pas de s'abandonner à lui. Il dirigera d'autant mieux le traitement qu'il saura prévoir les événements futurs d'après les phénomènes présents. » (Pronostic 1)

Mais cette pré-science si elle confirme le médecin dans son autorité ne l'oblige pas à une information complète :

« On fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui menace car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait. » (Bienséance 16)

Il faut donc absolument établir l'autorité du médecin au moyen par exemple d'un langage ésotérique ou tout simplement souvent d'un latin approximatif qui impressionne d'autant plus les patients qu'il les maintient dans l'ignorance.

Molière au XVII^e siècle se rie de cette volonté d'autorité absolue des médecins :

« Gardez vous bien d'aller mourir sans l'ordonnance du médecin »
(Sganarelle dans le médecin volant)

Le code de déontologie de 1947 est encore entièrement imprégné d'une philosophie très paternaliste, le médecin est celui qui sait, il est responsable du patient qui se confie à lui, sans avoir à discuter ou à comprendre. Le principe de bienfaisance guide entièrement l'attitude des médecins, ils agissent pour le bien du malade qui n'a pas son mot à dire et dont l'information reste donc secondaire :

*« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention sans compter avec le temps que lui coûte son travail et, s'il y a lieu en se faisant aider, dans la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, **un médecin doit s'efforcer d'imposer sa décision...** » (Code de déontologie médicale de 1947 article 30)*

Dans la droite ligne de la pensée hippocratique, à la même époque, Louis PORTES président du Conseil National, déclarait, dans une allocution à l'Académie de médecine :

« Au sens exact du terme, le patient ne voit plus clair en lui-même, car en lui-même, observant son mal, et lui-même souffrant de son mal, s'est glissée une opacité, et parfois même une obscurité; tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant »

Depuis soixante ans l'état d'esprit a beaucoup changé, et, suivant l'évolution générale de notre société, le patient ne veut plus être traité comme un mineur mais comme une personne raisonnable désirant participer pleinement aux décisions qui le concernent personnellement avec, au premier chef, celles dont dépendent sa santé et sa vie. Et, si l'on trouve déjà la notion de consentement éclairé dans un arrêt de la cour d'appel de Paris en 1907, elle est reprise en 1937 :

« Une intervention médicale ou chirurgicale ne doit jamais être motivée que par l'intérêt du malade. Elle ne doit être pratiquée qu'après que celui-ci a donné son consentement libre et éclairé. »

Ce n'est véritablement que progressivement que la notion d'autonomie et de consentement va s'imposer.

Or il n'y a pas de consentement sans information claire loyale et appropriée :

« Mais si l'acte non consenti est celui qui est exécuté par violence ou par ignorance, l'acte consenti sera dès lors, semble-t-il, celui dont le principe réside dans l'agent qui connaît chacune des circonstances particulières que suppose son action » (Aristote, Ethique à Nicomaque, III, 1.3)

C'est pourquoi le code de déontologie de 1995 prévoit avant même la loi de 2002 que :

Article 35 (article R. 4127-35 du code de la santé publique)

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.... »

Aujourd'hui le principe d'autonomie domine la pensée philosophique.

« Je souhaite que ma vie et mes décisions dépendent de moi et non de forces extérieures quelles qu'elles soient... Je désire être un sujet et non un Objet »

Isaïa BERLIN : deux conceptions de la liberté.

Et le patient réclame pour faire ses choix une information complète et objective. Le médecin lui se trouve à la croisée des chemins entre ce principe d'autonomie dont se réclame la société et le principe de bienfaisance qui fait partie de la vocation du médecin et dont la société elle-même considère qu'il ne doit pas se départir. De fait quelles sont les informations qu'un médecin doit donner à son patient et quelle est leur nature ? La loi, elle-même, dit qu'on ne doit pas donner à un patient les informations qu'il ne veut pas recevoir:

« ...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. ...»

Code de la santé publique article L. 1111-2

Comment savoir qu'une personne ne veut pas être informée d'un diagnostic, grave, lui poser la question n'est-ce pas déjà l'informer ? Quelles informations appropriées le médecin doit-il à son patient pour qu'il puisse librement décider de son traitement ou des explorations nécessaires ? Informer sans précaution, n'est-ce pas chercher à fuir ses responsabilités ? La trop grande brutalité d'une information est aussi répréhensible que l'absence d'information. Mais lorsque le malade reçoit une mauvaise nouvelle, le moment où il comprend, où il réalise la gravité de la situation n'est-il pas inévitablement brutal. Ainsi le président SARGOS dans une communication au cours d'un jeudi de l'Ordre, rappelait qu'il y a un cadre dans lequel s'inscrit la relation médecin-malade, celui des devoirs particuliers des médecins

« L'obligation d'information s'impose en tant que condition du recueil du consentement éclairé. Cependant cette information n'est pas sans limites. Ces limites s'inscrivent dans deux cadres : celui de l'intérêt du patient en lien direct avec l'information et celui des devoirs particuliers des médecins »

P. SARGOS président de chambre à la cour de cassation (Jeudi de l'Ordre 26/04/07)

2 - Définitions et Bases théoriques

Dr Bernard DECANter

1. DÉFINITION

L'information est un élément central de la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins. Le contenu et les qualités de l'information à délivrer, ses modalités, la mise en cohérence de l'information, les qualités requises des documents écrits et les éléments d'évaluation de la qualité de l'information ont été précisés dans les recommandations de la HAS et de multiples publications. L'information doit prendre en compte la situation propre du patient selon :

- son état de santé et l'évolution possible ;
- les examens envisagés et leurs déroulements, les soins, les thérapeutiques et éventuellement les interventions ;
- les objectifs de ces investigations et traitements doivent être annoncés, et les bénéfices escomptés expliqués ;
- les conséquences et inconvénients ;
- les complications et risques.

La relation médecin-malade est la rencontre d'une confiance et d'une conscience (Louis PORTES – 1950). La confiance a toute sa place dans ces nouvelles relations entre praticiens et patients, mais il ne s'agit plus d'une confiance aveugle. La relation paternaliste condescendante n'est plus audible à ce jour, même s'il est probable que la dissymétrie constitutive de la relation médecin-malade ne doive pas être effacée pour autant. Le modèle autonomiste à l'anglo-saxonne a détrôné, du moins dans les textes, le paternalisme médical. De nombreux codes de déontologie et recommandations de comités d'éthique dans le monde se réfèrent aux principes du respect de l'autodétermination du patient. Ce principe a des limites : d'après J. RICOT, ce renversement de situation est à surveiller. A l'extrême, le soigné sait où est son bien, et n'a que faire de l'opinion du soignant !...

Nous allons essayer de préciser les moments importants de cette relation, ainsi que les éléments qui permettront aux médecins d'améliorer cette prise en charge, tout en respectant les obligations légales et le code de déontologie, notamment sur les informations disponibles dans les médias. Nous évoquerons les points forts de la « consultation », les questions que cela entraîne, avec les notions de compétences du médecin et de l'informateur, les droits du patient et ceux du médecin. Les accréditations des médecins, afin de pouvoir évaluer leurs capacités. Enfin, nous évoquerons les moyens de publication légaux actuels, et comment s'appropriier les moyens du web.

2. NOTIONS JURIDIQUES ET OBLIGATIONS LÉGALES

De nombreuses lois ont été générées afin de régulariser une notion qui semble fondamentale. Les médecins pratiquaient parfois une langue de bois dans leurs explications, et annonces. Le législateur a voulu réglementer cette fonction de base dans nos bonnes pratiques médicales.

Ces lois ont-elles changé notre comportement ? A long terme certainement.

Les principales étapes sont : La loi du 4 Mars 2002 dite loi KOUCHNER, la loi du 11 Février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST, ainsi que les nombreux amendements qui ont suivi ces législatures.

Elles régissent les Droits de Patients, que l'on peut codifier en 5 parties importantes. Par souci de simplicité dans cet exposé, nous allons reprendre les grandes lignes de ces lois. Nous éditons en fin de publication un lexique complet de tous les articles avec les dates des décrets et leurs modifications dans le temps.

A. DROITS des MALADES et des USAGERS du système de santé

En préliminaire, le droit fondamental à la protection de santé, avec la formation des professionnels, le respect de la dignité, la discrimination de l'accès à la prévention ou aux soins, le droit au respect de la vie privée, le secret médical, le droit à une prise en charge médicale adéquate, le droit à un suivi scolaire pour les mineurs hospitalisés, l'évaluation et la certification des établissements de santé, le droit au libre choix de son praticien ou de son établissement de santé, le droit d'accès aux soins palliatifs, et de la définition de ces soins. Trois sous chapitres peuvent préciser ces droits

En 1° Chapitre, on retrouve l'information des usagers du système de santé et l'expression de leurs volontés, avec les droits à l'information sur son état de santé, sur les frais médicaux potentiels. Le respect de la volonté du patient, et de son consentement, avec les cas particuliers des mineurs. Le droit à l'accès aux informations médicales et la conservation ou l'hébergement des données de santé. L'expérimentation du dossier médical numérique, expérimental jusqu'en décembre 2012.

En 2° chapitre : l'expression de la volonté des malades en fin de vie. Respect de la volonté du patient : respect de la dignité, droit à la qualité des soins. Rédaction de directives anticipées. Désigner une personne de confiance, l'interdiction de l'obstination déraisonnable.

En 3° chapitre : le dossier médical personnel et dossier médical pharmaceutique. Le dossier médical personnel : définition et utilisation, accès au dossier médical personnel par le médecin coordonnateur des établissements de santé. Consentement et opposition du patient à l'accès au dossier médical. L'accès au dossier par des tiers ou des ayants-droit. Portail du dossier médical personnel.

B. Les PERSONNES ACCUEILLIES dans les établissements de Santé

La communication des droits sur l'accès aux informations médicales, la qualité de prise en charge des patients et son évaluation. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Conditions de prise en charge de la douleur, et en soins palliatifs.

Participation des associations de bénévoles.

C. La RESPONSABILITÉ des ÉTABLISSEMENTS à l'égard des biens des personnes accueillies

Responsabilité des établissements, dommages et intérêts, personnes hors d'état d'exprimer leur volonté, soins d'urgences. Cas d'exonérations de la responsabilité, situation des objets abandonnés, en cas de décès, les objets abandonnés, ou non réclamés.

D. La PARTICIPATION des USAGERS au fonctionnement du système de santé

Agrément des associations ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé : compétences des associations ; salariés de l'association. Commission régionale de conciliation et d'indemnisation.

E. Les RECHERCHES BIOMÉDICALES

Un certain nombre de textes régissent l'information de la personne qui se prête à une recherche biomédicale, et recueil du consentement de cette dernière.

3. LE CODE DE DÉONTOLOGIE

En complément des textes légaux, il faut rajouter les obligations du médecin par l'intermédiaire du code de déontologie.

Les articles 1 à 31 se rapportent aux devoirs généraux des médecins.

Les articles 32 à 47 correspondent aux devoirs envers des patients pour la qualité des soins, le suivi, l'information, le consentement et la prise en charge. Il est cependant noté à l'article 55 que le forfait pour l'efficacité d'un traitement, et la demande d'une provision sont interdits en toute circonstance. La nouvelle convention pose donc problème à ce niveau.

Il est rappelé également que les médecins ont une obligation de moyen, mais la charge de la preuve de cette affirmation pèse sur le patient. C'est à ce dernier de démontrer que le médecin n'a pas mis en œuvre tous les moyens nécessaires, et à sa disposition, pour parvenir à un diagnostic et à le traiter.

Par contre l'obligation de résultat ne peut être imputable que dans des cas particuliers, par exemple en biologie. Le laboratoire s'engage à donner un résultat après un prélèvement. Le cas de chirurgie esthétique est plus complexe. Elle peut entrer en ligne de compte, mais beaucoup d'éléments, principalement cliniques, peuvent avoir des conséquences sur les résultats.

3/1 – L'information du soigné, une communication à soigner

Dr Alex MOZAR

Une personne malade, fragilisée peut choisir, ou se voir imposer une ou des autorités qualifiées et compétentes, dont le (son) médecin, pour l'informer, l'aider à faire les bons choix afin de recouvrer peu ou prou son autonomie, sa qualité de vie et sa quiétude.

Cette relation, classique rencontre d'une conscience et d'une confiance, donc intime et confidentielle, peut à tout moment basculer au grand jour et placer le médecin dans l'obligation d'apporter la preuve que le devoir d'information a été respecté. Accompagner le patient dans des instants difficiles ne s'improvise pas. Notre objectif : décrire et analyser, depuis la loi du 4 mars 2002 et les textes qui ont suivi, la relation soignant-soigné, de la consultation au consentement sous l'angle de situations de communications et d'échanges vérifiables et nous interroger sur les apports possibles d'une meilleure connaissance, voire d'un enseignement, des techniques de communication et leurs outils sur cette relation complexe, désormais co-construite « soignant-soigné ».

I. LA CONSULTATION

Étymologie de la consultation médicale : c'est prendre conseil (*consilium*) auprès d'un expert, qui doit remettre de l'ordre dans le désordre provoqué par la maladie, en délivrant une ordonnance, une prescription.

Suivant le modèle hypothéticodéductif, c'est une rencontre où il sera important d'approfondir une relation particulière, faite de confiance et de confidentialité. C'est pour le patient une étape capitale, dans sa recherche de réponses à ses interrogations préoccupantes, c'est aussi l'occasion pour le médecin d'identifier des peurs et des croyances erronées.

1. Les temps forts

a) Etablir puis gérer la relation

Si les circonstances de la rencontre sont multiples, habituellement le premier rendez-vous, à l'initiative du patient dans le cadre approprié sécurisant et optimal du praticien, est le plus souvent suivi d'autres rendez-vous riches de confidences à hauteur de la relation de confiance, construite et entretenue.

La relation est cogérée par des échanges dynamiques et congruents jusqu'à en faire un moment d'écoute, de dialogue, une relation d'ouverture, de confiance réciproque, un compagnonnage, pour une authentique alliance thérapeutique.

Ce n'est pas, quand bien même, la nouvelle posture éthique d'autonomie, une relation de prestataire de services à un client.

La loi du 4 mars 2002 *qui vise à l'information et expression de la volonté du patient pour un meilleur partage des informations et des décisions* ; rend le patient participatif. Il a le droit d'accès direct au dossier médical. Théoriquement, ce n'est plus le médecin qui détermine le degré d'information qu'il délivre, mais le patient qui indique ce qu'il veut savoir.

La consultation, la relation ont dès lors une dimension de « négociation ».

En pratique, à l'opposé d'un modèle consensuel, le monde du médecin et celui du patient « négocient » en permanence, avec chacun son point de vue et ses ressources propres. Il faut de fait, changement de paradigme, concilier au mieux, l'autorité que confère le statut de médecin et les droits des patients, approfondir, partager une navigation, subtile et vérifiée, entre éthique de l'autonomie, éthique de la vulnérabilité, principe de bienveillance contemporaine et bien entendu le principe inaliénable du respect de la personne humaine.

C'est aussi la rencontre de deux inconscients.

Un moment privilégié d'échange, de paroles, de gestes et d'attitudes, sur des maux avec des mots : maladie, santé, soins, dont l'étymologie et les représentations renvoient à des interprétations des plus variées, des plus enfouies. Derrière toute plainte se cache une croyance, liée à une valeur qui cherche à être satisfaite et sous cet angle, la consultation c'est aussi l'interaction de deux inconscients. Lever ou éviter tout malentendu est le meilleur garant de l'avenir de la relation.

Pour Claude BERNARD (1878), « *il est très difficile sinon impossible de poser les limites entre la santé et la maladie, entre l'état normal et l'état anormal. Les mots de santé et de maladie sont très arbitraires* »

b) Autre temps fort : la prescription et/ou la rédaction de certificats

- C'est un acte important, responsable. Tout médecin doit considérer le fait de signer, quoi que ce soit, en tant que médecin, comme un acte grave et lourd de conséquences (les risques : maladresse, négligence rédactionnelle...).

NB. L'information sur les honoraires fait aussi l'objet d'une obligation d'affichage.

2. Environnement

Cette rencontre ne peut faire abstraction :

- a. Des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elles vont dans un avenir proche transformer davantage encore les rapports entre médecins et usagers du système de santé. « *Quand un médecin entre dans la chambre d'un malade et que celui-ci pose des questions, il existe un cadre pour y répondre, mais quand il est seul devant ses e-mails, le cadre n'existe plus. Il faut inventer de nouvelles balises et de nouveaux protocoles pour ces nouveaux espaces de communication et de rencontre.* » (S TISSERON).

- b. De l'évolution des actions de santé publique. Autrefois, la conservation de la santé était une branche de la médecine. Aujourd'hui, la médecine est une des branches de la santé.

II. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

La relation soignant-soigné est un partenariat, bâti sur un « contrat de soins », qui se fonde sur une règle éthique implicite applicable aux soignants – primum non nocere – et sur une confiance mutuelle qui ne peut s'établir que sur la base d'une communication saine et en totalité ou pour partie bilatérale.

A. L'INFORMATION

1. Son cadre

C'est la mise en pratique de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, de l'article 35 du code de déontologie médical (R. 4127-35 du CSP), de l'article 7 du code de déontologie médicale (article R. 4127-7 du code de la santé publique). Et des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

C'est fondamentalement, refuser que le silence affecte la liberté et les droits des personnes. Le malade est alors reconnu, comme personne au-delà de sa maladie, dans le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de sa dignité.

Cette information, qui n'est pas sans limite, a pour objectif de fournir au patient des renseignements clairs et compréhensibles afin qu'il puisse librement consentir ou refuser les risques des investigations ou des soins proposés.

En pratique, il faut délivrer une information aussi complète que possible et adapter l'information à la compréhension et à l'état de santé du patient, sans générer d'inquiétudes ou d'angoisses inutiles, il faut si besoin calibrer l'information à hauteur de la situation et surtout, en cette occurrence, pouvoir le justifier.

Enfin, la notion d'« *information, délivrée dans le cadre d'un entretien individuel,* » doit tenir compte du fait que le praticien aujourd'hui, n'a plus l'exclusivité de la relation avec le malade. Il y a un morcellement de la prise en charge. Toutefois tous les intervenants doivent au patient une information personnalisée, *loyale, claire et appropriée* et un échange d'information conforme à l'article 68 modifié.

Le traitement social de l'incertitude médicale, repose sur un travail de conviction et d'engagement. Le regard éthique : c'est la prise en considération constante des conséquences pour autrui de ce que l'on fait et de ce que l'on dit.

En définitive, l'information du patient est une réalité complexe et contrastée, un acte actif de construction, une épreuve de responsabilité, répétitive non dénuée de risques et de revirement de jurisprudences (arrêt de la Cour de cassation du 3 juin 2010 09.13.591)

Rappelons le rôle des associations de patients ou des familles, capables — avec des mots plus simples et une grande sensibilité — de compléter l'information médicale (maladies chroniques, maladies rares...).

2. Nature et gradients de l'information

Il y a obligation d'informer le patient sur :

- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles de l'acte, plus besoin d'informer sur les risques exceptionnels,
- les différents traitements envisageables et leurs intérêts respectifs,
- les conséquences prévisibles en cas de refus,
- les risques nouveaux identifiés après la réalisation de l'acte,

La notion de « risque normalement prévisible » est appréciée en fonction des données acquises ou actuelles de la science au jour de la délivrance de l'information.

Il convient d'accompagner à toutes les étapes. Ainsi le médecin généraliste doit informer le patient sur la nature de l'acte, son utilité et ses risques, mais également sur les alternatives thérapeutiques.

Le médecin opérateur doit lui insister sur le déroulement et ses risques. C'est également lui qui fait signer la fiche de consentement éclairé et remet la fiche de renseignements.

Quelques questions et propositions :

- la demande de reconnaissance de l'acte de conseil par téléphone ou par courriel pour un patient habituellement suivi est en cours. Les recommandations de la HAS pour les médecins régulateurs vont déjà dans ce sens.
- Comment faciliter pour le patient une meilleure connaissance du professionnel de santé, sa compétence, son parcours (brochures, blog et site du médecin ? Validés par l'Ordre ?).
- Comment améliorer les connaissances du patient sur ce qu'est l'art médical ? ne faudrait-il pas enseigner dès l'école la notion de contrat synallagmatique pour le soin, apprendre que « la vie est une maladie héréditaire, constamment mortelle, sexuellement transmissible et à hauts risques », que la pratique de la médecine est le plus souvent imprécise et incertaine... que le risque zéro n'existe pas, que vivre c'est pouvoir se tromper, que la vie est vie et mort... (école, brochures et information par l'État ? Par les organismes de tutelle, l'ARS, l'assurance maladie ?...)

3. Les limites de l'information

L'impossibilité d'informer

L'urgence : prévenir si possible l'entourage immédiat.

La volonté explicite 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.

La jurisprudence retient que l'obligation d'information diminue au fur et à mesure que l'urgence et le risque vital augmentent.

Retenons : ***qu'en dehors des patients sous tutelle, toute présence d'un tiers de l'entourage du patient, ou d'un soignant participant à sa prise en charge, est soumise à son autorisation***

4. Les situations particulières

a) Aux personnes

Volonté explicite d'être tenu dans l'ignorance

L'article 35 modifié stipule « *Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination* »

Le refus de soins

Le médecin ne doit pas se satisfaire d'un seul refus. Il doit s'efforcer de convaincre le patient en lui apportant à nouveau toutes les précisions nécessaires, en s'assurant qu'elles sont correctement comprises et solliciter au besoin l'avis d'un consultant.

La fin de vie : « la demande d'euthanasie », d'assistance médicalisée pour mourir ?

Il faut se conformer aux articles 37 et 38 du code de déontologie et à La Loi sur les droits des patients et particulièrement la loi du 22 avril 2005 relative à l'expression de la volonté des malades en fin de vie (art. L. 1111-10 et s. CSP), qui postule le non-abandon, la non-souffrance, la condamnation de l'acharnement thérapeutique mais l'impérieux de l'accompagnement : il faut nécessairement poursuivre et accélérer le déploiement des structures pour les soins palliatifs. Hors la fin de vie, les autres questions sus indiquées interrogent bien au-delà de la seule « responsabilité » médicale (clause de conscience ?)

Cas où la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté : la personne de confiance, légalement désignée, la famille ou à défaut un de ses proches sont **consultés** avant toute investigation ou intervention sauf urgence ou impossibilité (article L. 1111-6 du Code de la Santé publique).

Le mineur : (en France qui n'a pas encore l'âge de 18 ans accompli)

Principe : Les droits au consentement et à l'information, y compris l'accès au dossier médical, sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale (un seul en cas d'acte usuel). Le patient mineur reçoit une information adaptée à sa maturité et son assentiment aux soins est recherché (articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique).

Exception prévue à l'article L. 1111-5 : le cas où la personne mineure s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Le majeur sous curatelle et sauvegarde de justice : Pour les actes courants, l'information est délivrée au patient qui consent seul aux actes médicaux. Le curateur n'a pas à intervenir et ne dispose d'aucun droit personnel à l'information, mais peut conseiller et assister, si elle le souhaite, la personne protégée. Des dispositions particulières prévoient l'information du curateur pour des actes lourds.

Le malade sous tutelle est représenté en toutes circonstances.

Le mandat de protection future permet à toute personne de désigner un ou plusieurs mandataires pour le cas où elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts.

Cas de la personne en fin de vie : selon les articles L. 1111-10 à L. 1111-13 du Code de la santé publique, lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance dans les décisions prises par le médecin prévaut sur celui de toute autre personne de l'entourage, à l'exclusion des directives anticipées, expression directe de la volonté du patient.

Cas de la personne décédée : les ayants-droit d'une personne décédée peuvent recevoir exclusivement les informations 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 (article L. 1110-4 du Code de la santé publique).

Le signalement : Art 44, il s'agit d'un document dont le destinataire n'est ni le patient, ni un membre de sa famille mais une autorité judiciaire.

b) Aux conditions d'exercices

Service public, consultations pluridisciplinaires, dispensaires, régimes particuliers, maisons de santé, régulation, MDPH, certaines situations en psychiatrie etc....

Les nombreux métiers et modalités d'exercice de la profession de médecin, la nécessaire mutualisation des ressources pour limiter les dépenses vont contextualiser les circonstances, états d'esprit et méthodologies lors des rencontres entretien et relation soigné-soignant, mais ils ne modifient pas les règles de l'obligation d'informer.

c) Internet

Ce peut être un bon outil pour initier le dialogue soigné-soignant, la certification (loi du 13 août 2004) est un grand pas vers la qualité des sites.

Gérer les sites du Conseil national, des conseils départementaux, des professionnels pour en faire des « I-phares et balises », des I-GPS pour l'information, la formation, la prévention, l'accompagnement des professionnels et des patients.

d) La demande de profils génétiques

Analyse du profil génétique sur internet. Etude du profil génétique dans le contexte d'un programme de recherche sur une anomalie identifiée, le conseil aux patients par un praticien non généticien, les dérives possibles entre confier son ADN à un programme de recherche ou engager une démarche privée. Faut-il ou pas inclure les données du profil génétique au dossier médical ? Un encadrement légal est vivement souhaitable.

e) La surinformation

Trop d'information augmente l'angoisse et peut être tout aussi préjudiciable que le manque d'information.

5. En cas de litige

Il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve, que l'information a été délivrée à l'intéressé, dans les conditions prévues à l'article L. 1111-2 du CSP. Cette preuve peut être apportée par tout moyen (indices écrits, témoignages).

Le secret professionnel

Il est possible de déroger au respect du secret médical pour apporter la preuve que l'information a bien été délivrée par le médecin. Toutefois, cette dérogation ne devra pas être disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi. La jurisprudence accorde au médecin poursuivi la possibilité d'assurer sa défense en révélant, si besoin, des éléments couverts par le secret médical (exemple : Conseil d'état, 13 janvier 1999, jurisdata n° 1999-050021)

Les écrits

La loi n'exige pas d'écrit, mais souligne l'importance de la relation et de l'échange avec le patient. D'une manière générale, la relation de soin s'apprécie en termes de **sincérité** et non pas de formalités, mais il importe que le dossier laisse apparaître, parmi la diversité des moyens de preuves possibles, des éléments établissant la sincérité de la démarche.

Si la jurisprudence de la Cour de cassation - arrêt du 4 avril 1995 - affirme qu'« *il ne peut être exigé d'un médecin qu'il remplisse par écrit son devoir de conseil* » de fait l'évolution du droit, va dans le sens d'un renforcement de l'obligation de conseil et sans nul doute, de la nécessité d'un écrit. La jurisprudence atteste, combien il faut soigner la qualité de l'écrit, noter la réaction vérifiée du patient, noter ce qui a permis de rassurer ou convaincre, consigner la présence de tiers, les discussions sur

le bilan avantage/risque, dans les échanges de correspondance entre praticiens, indiquer les remises éventuelles de documentations de compréhension aisée et la SIGNATURE de l'écrit

En effet, il peut être intéressant de disposer de formulaires de présentation simple répondant aux situations les plus courantes :

- personne consciente.
- personne sous tutelle.
- et un formulaire destiné aux parents, s'agissant des enfants.

B. Le CONSENTEMENT DU PATIENT

1. Le cadre

Le Code civil art 16-3

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas ou son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir »

L'article R. 4127-36 du Code de la santé publique (article 36 du code de déontologie médical).

La loi du 4 mars 2002 et l'article L. 1111-2.

Des recommandations de bonnes pratiques établies par la HAS et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

La charte du patient hospitalisé, titre IV.

Arrêt n° 573 du 3 juin 2010 (09-13.591 : le consentement est validé comme une manière de protéger le corps humain, comme un droit subjectif du patient à l'information dont le non-respect est à lui seul source d'un préjudice réparable distinct du préjudice corporel.

2. Consentement éclairé

Pour qu'il y ait véritable consentement, il faut qu'existe une compréhension parfaite de ce à quoi l'on consent.

Le consentement peut être retiré à tout moment.

La confiance est au cœur de la relation médecin-malade. Le soignant doit s'adapter à chaque patient, à distance de tout jugement moral, il doit gagner sa confiance dans une relation fiable, authentique, à **juste distance**, pour construire une relation thérapeutique compliant.

Cette confiance est un mélange de rationalité et de sentiment, qui implique en même temps, une évaluation de la situation et un acte de foi. Cette relation de confiance réciproque n'est ni immédiate, ni assurée : elle a besoin d'être construite et entretenue dans l'intérêt partagé du médecin et du malade.

3. Le consentement pour le secret partagé

Les modalités modernes du travail en équipe pluridisciplinaire, en réseaux, nécessitent une coordination utile, un partage des informations, qui exige le consentement éclairé explicite et exprès du malade, chaque professionnel demeure responsable de ses actes et aussi de ses devoirs d'informations.

C. ENVIRONNEMENT : LES AUTRES ACTEURS

Le législateur :

Depuis la loi du 4 mars 2002, nous sommes entrés dans une ère de mutation avec la présence sourde et régulatrice du législateur ce que résume ainsi le Professeur Georges CREMER «*Sous l'effet d'un mouvement de conciliation, le patient, le médecin et le législateur doivent apprendre à vivre ensemble pour le plus grand bien de l'éthique médicale* ».

Les sites des patients : intéressant à consulter pour les médecins car très riches d'enseignement sur les attentes des patients.

Contraintes économiques et indépendance du médecin :

« Soigner ? Est-ce accompagner, essayer de soulager, répondre à un « j'ai mal » en individualisant chaque réponse, quel qu'en soit le prix humain et le coût économique ou vouloir guérir, guérir la maladie davantage que le sujet souffrant ? »
(M. DUPONT)

III. LA COMMUNICATION : DANS LA RELATION SOIGNÉ-SOIGNANT : sémantique, modélisation, outils

A. Approche sommaire

A1. Quelques définitions

1. La Relation

→ Implique une communication pour adresser des messages entre deux ou des individus. Elle peut aller de la relation informelle, à la relation intime en passant par différents stades ou rester à un des stades. Elle est donc dynamique et revêt différents aspects et différents niveaux.

→ Elle est enrichissante quand elle rentre dans le cadre de la notion gagnant/gagnant. Car elle est bien souvent basée sur **l'intérêt**.

Les différents types de relations, d'interactions : Paternaliste — Autonomiste — Exécutive — Informelle — Intime.

La relation soigné/soignant peut revêtir toutes ses formes d'un moment à l'autre en fonction des situations. Etre en relation, c'est désirer se revoir.

Le médecin doit gérer la **bonne distance**, contrôler l'empathie. *Cette notion est aujourd'hui examinée en termes d'évolutivité, de temps et de temporalité, de transfert et de contre-transfert. Il s'agit surtout, d'être attentif et a priori bienveillant, sur ce que le soignant peut ressentir au contact du patient et chacun l'exprime à sa manière : pour le Pr. Patrick JEGO « Vous n'êtes pas l'ami, vous devez rester le médecin. ». FREUD suggère une neutralité bienveillante (ni trop froide ni trop familière) et le Pr Jean HAMBURGER décrit une relation plus proche « la rencontre unique de deux solitudes » mais nous y reviendrons ; on parle avec tout son corps et la relation est un phénomène d'ensemble.*

Les différents niveaux de relation en médecine :

→ Informative – Préventive – Curative - Thérapeutique.

→ Accompagnement psychologique (écoute). Soins palliatifs.

La relation soigné/soignant a essentiellement une dimension subjective. La qualité de la relation est basée sur la sincérité, l'authenticité, chacun possède des capacités relationnelles dont il est plus ou moins conscient.

2. La communication

La communication ici est basée sur l'**attention** à l'autre. La communication en général a toujours une intention et est dirigée vers un but. On communique pour échanger des informations, informer, former, instruire.

Notion de sémiotique : signe/fonction, de support (codage verbal, langage non verbal), de canal (support physique), d'opérations : encodage/décodage... de contexte.

L'objectif faire passer un message. Et, in fine, se faire aimer — se sentir aimé — aimer et s'aimer.

Rappelons les trois composantes de la communication interpersonnelle : émetteur, message et récepteur, ou locuteur, message et interlocuteur.

La communication est une composante de la compétence clinique (connaissance examen clinique, résolution de problème).

Il existe différents niveaux de communication :

→ Intra-personnel (lieux de signification).

→ Inter-personnel (lieu de l'action), impossibilité d'étudier l'un sans l'autre.

→ Transpersonnel (spiritualité).

Sans omettre les divers canaux de transmissions (télécommunication TIC...)

Si tout un chacun possède des capacités relationnelles qui vont s'améliorer avec le temps et l'expérience, il faut bien admettre qu'il existe des méthodologies d'entretien et des outils de communication, qui s'enseignent et s'évaluent, pour permettre l'acquisition de vraies compétences, au service d'une bonne communication.

Parmi les outils de communication, citons :

→ L'écoute active - L'empathie - La congruence - La reformulation - L'évaluation ou vérification.

Diverses méthodes peuvent guider l'échange : entretien non directif centré sur la personne (qui réclame une très solide formation) entretien directif, psychanalytique ou à visée thérapeutique...

Outils et méthodes peuvent améliorer l'approche négociée de la relation soigné/soignant.

La proxémique, c'est-à-dire la façon dont les interlocuteurs sont placés les uns par rapport aux autres, est un autre facteur de la communication.

En pratique, du début d'un entretien à sa conclusion, les buts et méthodes peuvent être maîtrisés et les techniques dites, de facilitation, de questions ouvertes et fermées, de reformulation et clarification vont aider à une connaissance du patient son « être au monde » pour l'informer, lui expliquer un diagnostic, le motiver et favoriser son adhésion libre et éclairée.

Parler, libère « *Parler est un besoin, écouter est un art* » - W. GOETHE

3. Informer — annoncer

Informer c'est acquérir un savoir, c'est un « objet » à transmettre par des voies et moyens en incessant développement, le terme « d'information » est volontiers associé à la technologie de la communication et ses déclinaisons, pour, dans notre cas, l'efficacité du système de santé.

L'annonce, c'est un avis par lequel on fait savoir quelque chose, au public ou à quelqu'un, ainsi au sens habituel l'annonce n'appelle pas de réponse.

Mais annoncer vient aussi du latin « *nuntium* » qui veut dire message, celui qui annonce est donc un messenger, il propage sans maîtriser. Un diagnostic est-il annoncé ou énoncé ? Car étymologiquement l'énoncé est plus nuancé moins dramatique et s'adapte mieux au désir, au choix, à la personnalité du malade ; le médecin n'est pas un messenger, mais l'interlocuteur du malade, il y a donc un glissement sémantique, dans l'usage courant du terme annonce qui fait que la communication comme **l'annonce** c'est adresser un message à quelqu'un, c'est être en relation avec une notion de partage, une manière d'être et de dire.

L'information du patient, objet de très nombreuses publications, est déclinée sous forme de guides d'annonce : annonce du diagnostic, annonce d'une mauvaise nouvelle, annonce d'un dommage lié aux soins, volontiers centrés sur le passage du principe de bienfaisance à celui d'autonomie, centrés sur le respect de la personne humaine, et surtout adaptés à chaque patient.

A2. Exemple de modèle et complexité.

Un modèle orchestral conçoit la communication entre deux personnes ou plus, comme une activité sociale. L'individu est un acteur social, imprégné de la culture où il baigne, tout son comportement devient signification et, de ce fait, tout ce qu'il fait « communique », « re-lie », indique ou signifie quelque chose à qui le perçoit. Ainsi les messages entrant chez toutes personnes sont traités, décodés et interprétés à la lumière des systèmes qui déterminent les significations personnelles et privées, relativement aux significations publiques sociétales ou communes. Chacun est porteur des représentations de sa réalité du monde et les mêmes mots d'une personne à une autre personne, ne disent pas la même chose.

Ainsi l'échelle des représentations personnelles du banal à l'intime, du communicable au non avoué, renforcée ou atténuée par les significations socio-culturelles, étalonne le niveau de difficulté pour « accoucher » de ce qui peut être partagé de soi. Et le choix des confidents.

Les états d'âmes « agitateurs internes » sont d'après la définition de Christophe ANDRÉ — « *des contenus, mentaux conscients ou inconscients, mêlant états du corps, émotions subtiles et pensées automatiques qui vont influencer la plupart de nos attitudes.... Leurs rôles et leur influence sur ce que nous sommes et ce que nous faisons sont immenses.* »

Le poids des mots, la force des représentations et la pertinence du langage non verbal sont des éléments qui semblent devoir être au moins connus, pour envisager de mieux maîtriser une relation, qui en grande partie, nous échappe, car en situation habituelle, l'écart entre la pensée et le mot pour le dire est considérable, plus de 50 % de la communication passe par l'inconscient, d'où les notions :

1. de non-verbalisé, c'est-à-dire les gestes, les expressions faciales, les silences, la posture, le comportement, la façon de s'habiller, l'intonation de la voix, le contact visuel, la distance interpersonnelle,
2. de non-dit qui définit un ressenti qui n'est pas dit et contrôle pourtant la relation et l'idée que l'autre se fait, de celui qui est censé l'informer. Ainsi, les émotions, les sentiments, les valeurs, véhiculés et transmis vont, s'ils sont en cohérence avec le message verbal, le renforcer, le crédibiliser et dans le cas contraire, le décrédibiliser.

Aussi aboutir à une correspondance entre la réalité, telle qu'elle est perçue, et sa représentation, telle qu'elle est élaborée par une personne, « inquiète ». Afin d'accéder à une connaissance préalable à une conviction pour, par exemple, donner son consentement, ne peut être laissé à l'inspiration de l'instant à l'improvisation. Il s'agit bien là d'un accompagnement à apprendre et à entretenir, d'une alliance à construire et chaque fois renouvelée et individualisée.

B. Difficultés pour parler de communication en médecine

B1. En rapport avec les mots et leurs significations

De la communication à la manipulation... on ne peut être plus éloigné de la pratique respectueuse et humaniste de la médecine faite, depuis toujours,

d'authenticité, d'engagement, d'obligations et de dévouement.

La médecine a longtemps postulé des savoirs encore inexistants et construit un registre lexical sous-tendu par des thèses et conceptions du moment et les mots, dans leurs acceptions contemporaines, charrient leurs rémanences. Nuire par exemple signifierait « aller contre la nature » l'ordre des choses. Euthanasie à l'origine n'est pas corrélée à l'action médicale, mais à l'état de la personne malade à l'approche de la mort et signifie fin heureuse dans la plus grande paix possible.

La rhétorique médiatique se sert du choc des images pour dispenser l'auditeur de penser. Une image violente : c'est une image qui ne nous pousse pas à penser mais à agir, et cette définition concerne les images verbales, parlées ou écrites, autant que les images visuelles. Il existe aussi une rhétorique politique instrument de l'exercice du pouvoir, reproche qui a été fait par le passé à la rhétorique médicale.

L'attente des patients se décline en termes de droits, l'acte médical en termes de devoirs et les deux parties sont théoriquement en discussion d'égal à égal.

B2. En rapport avec le médecin, sa formation et les réformes en cours

Les contraintes de temps, la dictature de l'urgence, les réformes actuelles du système de santé, la gestion comptable des soins, le temps réel des soins, les primes, ne favorisent-ils pas le développement chez les patients d'une suspicion envers les médecins et chez les médecins la désagréable impression d'être considéré comme un prestataire de service ?

Le manque de formation, la crainte d'un éventuel procès, la difficulté à gérer ses propres émotions, et tout simplement parce que le médecin est un être humain pas un robot sont des facteurs limitants.

Apprendre à communiquer crée un puissant besoin de bien communiquer avec soi-même, (relation d'aide, supervision...) très utile pour se situer, s'approprier sa place et sa fonction, cela nécessite une démarche volontariste, il est démontré une influence négative des croyances avec peurs et évitement des médecins, sur leurs recommandations aux patients.

La loi du 4 mars 2002, en ne reconnaissant que deux explications, *l'aléa ou la faute, n'a pas contribué à favoriser l'émergence d'un nouveau comportement, qui intègre la notion d'erreur* ». Elle a raccourci le fardeau du chemin progressif vers la vérité.

Nos professeurs et formateurs ont vécu et enseigné sous le régime de la relation paternaliste (code de déontologie 1979).

Les examens et contrôles de connaissances, font davantage l'objet de QCM et d'examen pratique, que de véritable exercice de communication.

La Génération, dite Y, de l'ère de la prévention, du modèle autonomiste, des confidences médiatisées et du numérique, n'auront pas de praticiens totalement immergés avant les années 2020.

Il faudra inévitablement, bien définir de quoi la médecine doit répondre aujourd'hui et demain, sans s'absenter ni s'imposer face à l'autonomie d'un patient.

C. Objectivité scientifique - Évolution des idées ?

Certains outils de communication sont en voie d'être localisés ainsi le système des neurones miroirs. L'IRM fonctionnelle atteste en le visualisant, que réaliser une action ou observer quelqu'un en train de l'accomplir ou de l'imaginer, active les mêmes jeux de neurones et cela est aussi valable pour les émotions. Sous cet éclairage **l'empathie** ou faculté de s'identifier à quelqu'un, de « ressentir ce qu'il ressent » est un des concepts qui, associé à la contextualisation, est le plus étudié.

On observe une actualisation des techniques mises au point dans le monde grec et romain (le convaincre d'Aristote, la maïeutique Socratique, ainsi qu'un regain de travaux sur les synchronies, la chronométrie et l'effet dit caméléon).

La physiologie et l'imagerie cérébrale de l'expression des émotions sur le visage et le corps, plaident pour leur universalité humaine confirmant l'hypothèse de Charles DARWIN et partant de l'universalité des outils et techniques de communication.

Aujourd'hui, les formateurs en communication interviennent dans tous les domaines. La parole (et tout ce qui l'accompagne) est révélatrice du sensible, notre parole nous ressemble.

La médecine est (reconnue) insérée dans un contexte avec des valeurs, des représentations, des ressources et des besoins. (Eric GALAM - Erreur médicale)

L'apprentissage par l'erreur prévaut sur la recherche de la faute. Cependant, les retours d'expérience montrent à quel point cette gestion particulière de la relation soignant-soigné est difficile, ils révèlent de nombreux freins à la transparence.

Enfin évolution ou révolution socio culturelle : Exister par la médiatisation ?

Pour P. TISSERON « *Le désir d'extimité est le mouvement qui pousse chacun de nous à mettre en avant une partie de sa vie intime, de son monde intérieur, afin d'avoir un retour, une validation de sa façon de vivre, de penser, à travers les réactions des autres... Nous nous acheminons doucement vers une perception de l'identité qui passera bien davantage par les sensations corporelles et le ressenti intérieur.* »

Et donc vers une modification de la valeur intrinsèque du crédit accordé à ce que l'on estime pouvoir « mettre en avant », « offrir » à tous. Sans doute, cette manière de faire va modifier ou modifie-t-elle déjà la symétrie des valeurs d'attention, d'obligation, de considération et de respect que partageaient médecin et patient dans un passé récent sur l'intimité.

D. Pourquoi un enseignement de la communication à la faculté ?

1. Objectif

Les professionnels de la santé doivent acquérir, non seulement un savoir technique et clinique, mais également des habiletés communicationnelles afin d'affronter et éclairer avec sincérité des risques imprédictibles. Mais aussi assurer une communication réussie, déontologiquement acceptable dans les médias.

La formation à l'action de soigner, de soulager, d'accompagner, ne prépare pas le

médecin à parler de la vie, de la mort, ni même de l'annonce.

Si les droits des patients ne souffrent pas de malentendu, l'obligation d'informer est très encadrée et somme toute pas simple : il faut donner et non assener une information adaptée au mieux des attentes verbalisées ou pas, sans trahir la « vérité » avec authenticité et sincérité et pouvoir hors contexte en apporter la preuve.

La médecine se prête peu à des réponses binaires.

Ainsi, parler à celui qui présente « des troubles somatoformes », co-construire, par exemple, la relation de soin avec des patients migrants, les reconnaître et les soutenir dans leur différence ou rendre recevable l'incertitude, dire l'indicible - suivant les personnes et les pathologies (cancer, douleur, démence, pathologies chroniques ou incurables] – ne va pas de soi et ne doit pas s'improviser.

Un enseignement de la communication pourrait aider à trouver les mots justes. Aider à faire que le message émis, corresponde bien à la pensée et que le message reçu soit bien perçu et compris. Car une bonne communication favorise à terme un meilleur ajustement psychologique face à la maladie.

2. Les outils appliqués à la relation soigné/soignant

La lecture des publications sur l'annonce de pathologies graves, l'éducation thérapeutique ciblée, montre combien sont exploitées les recommandations issues des connaissances fondamentales sur la transmission de l'information et les principales réactions émotionnelles et adaptatives du patient, parmi ces recommandations : la disponibilité, l'humilité, écouter, reformuler, aider...

Entendre ne nécessite pas d'attention, écouter demande des efforts.

- L'écoute active. Elle consiste à écouter son interlocuteur avec attention et à lui retourner ce qu'il dit (pensées) et ressent (sentiments) sans jugement. Il s'agit de faire un reflet neutre de son propos plutôt que de donner son propre avis. Pour favoriser un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions.
- La reformulation. Elle permet de vérifier que le malade a compris. Reformuler c'est en pratique restituer au patient ses dires avec ses mots ou les nôtres, pour relancer sa parole et lui faire comprendre, que nous sommes intéressés par ce qu'il dit, que nous avons bien compris ce qu'il exprime.

La relation d'aide et ses concepts

Carl R. ROGERS souligne et explique que l'aidant est d'autant plus efficace qu'il est capable de créer une atmosphère dénuée de crainte et fondée sur son aptitude à assumer les conditions d'attitudes suivantes (déterminants communicationnels et relationnels ?) portant sur :

- la congruence : capacité d'harmonisation et d'unification entre la conscience et l'attitude de ce qui est en train d'être dit et vécu ;
- la considération positive inconditionnelle : capacité de l'aidant à ne pas porter de

jugement sur le patient tout en laissant à ce dernier la responsabilité de ses actes et de ses paroles ;

→ l'empathie : montrer de l'empathie consiste à se préoccuper activement des émotions des valeurs et expériences de l'autre. C'est l'aptitude de l'aidant à ressentir et comprendre, la situation du point de vue de l'autre, à se rendre attentif aux besoins et aux désirs d'autrui, et non de lui imposer ce que nous pensons bon pour lui.

→ La perception par le patient des attitudes de l'aidant.

Ces niveaux sont hiérarchisés et conditionnés les uns par les autres. Dans la situation d'annonce, cette position de neutralité déagée est particulièrement délicate pour le soignant (Eric GALAM).

Le questionnement éthique, méthode de décision et d'apaisement peut aussi aider le professionnel à assumer et mieux gérer les difficultés et incertitudes rencontrées dans sa pratique. *L'autonomie du soi est intimement liée à la sollicitude pour le proche et à la justice pour chaque homme (P. RICOEUR).*

Le groupe Balint : son objectif → apprendre aux médecins à surmonter les angoisses et leur permettre de comprendre que leurs façons de réagir à leurs patients ne sont pas seulement liées à la maladie de leurs malades mais aussi à leurs propres « réalités psychiques »... Le transfert n'est pas réservé à la situation analytique.

3. Prévenir les détresses professionnelles, s'intéresser au vécu des soignants : soutien psychologique, apprendre à s'écouter

La diversité des tâches qui incombent aux médecins exige un travail sur soi immense longtemps ignoré, souvent refoulé et non enseigné.

« Les modèles de pairs auxquels les médecins ont été confrontés pendant leurs études et lors de leur prise de fonction les ont incités à mettre en place un comportement où les émotions avaient peu de place. »

De la vocation à la recherche de sens à leur métier, les médecins font face, dans leur activité professionnelle, à de nombreuses souffrances, souvent sans y avoir été préparés et s'insinue chez le soignant-médecin, un vécu dissymétrique inverse entre le droit du patient, légitimement partagé et les obligations et devoirs du soignant, tonneau des danaïdes d'une société qui décharge sans cesse ses drames et responsabilités incommensurables aux soignants et singulièrement aux médecins.

Les conséquences : automédication, non-recours à une aide en cas de problèmes psychologiques. *Burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel*. MASLACH et JACKSON ont défini ce syndrome selon trois critères : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail. Une meilleure connaissance par chacun des métiers et contraintes des uns et des autres, peut participer à l'amélioration de la congruence, du respect des devoirs de confraternité, et au développement d'une culture de l'assistance dans l'adversité.

La profession en reconnaissant ainsi les métiers, contraintes, place et fonction de chacun va aider à mieux asseoir la nouvelle posture d'autorité des soignants et établir un aggiornamento de la relation co-construite soigné/soignant.

4. Mieux gérer les réactions

La relation avec le malade est singulière, l'annonce est déstabilisante, elle nécessite la recherche incessante de fragiles équilibres qui puisent dans le secret de notre sensibilité aux émotions d'autrui... et ce secret réside dans le fait de renoncer à contrôler notre semblable et d'accepter qu'il puisse nous aider à nous comprendre nous même, dans une construction mutuelle et dynamique.

Ainsi, aux réactions possibles du patient à l'annonce d'une maladie grave.

→ Dénî, non-acceptation = sidération, révolte, refus, colère, tristesse, culpabilité, vécu anxio-gène, rupture, deuil, acceptation, combativité.

Le médecin doit développer :

Savoir/savoir-faire/savoir-dire/savoir-être. Même et surtout en situation d'incertitude, et toujours agir au mieux.

→ Intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient, humilité.

→ Soutenir le regard maintenir l'espoir, demeurer dans la sincérité.

→ Se représenter l'autre sans compassion en développant une empathie sans affect.

→ Savoir dire non, user de méthodes de gestion de conflit : (exemple : désamorcer, méthode du disque rayé, pratique du non en douceur, le principe de Premack...)

→ Savoir accepter son impuissance. Savoir passer la main. Savoir partager ses connaissances (article 68-1) modifié

→ Être toujours dans la réflexion et le questionnement éthique par rapport à soi/sa profession/la société. « Faire de l'éthique ce n'est pas décliner une idéologie et jour après jour en énoncer les règles : c'est parachever la philosophie des choses humaines »

« Agis toujours de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, jamais simplement comme un moyen » — KANT

CONCLUSION

Le dialogue, l'indépendance et l'éthique sont au cœur de la pratique humaniste de la médecine. « *Entre rituel de l'épreuve et travail de la preuve, la médecine peut se penser, comme un théâtre de la vérité sur l'être de l'homme.... Énoncer une vérité sur un sujet suppose de pouvoir la protéger de l'indiscrétion* ». Aussi l'obligation d'information est une démarche réfléchie de construction active, pour le respect de la lettre de la Loi, pour l'amélioration et l'adaptation de notre pratique médicale et

de la relation de confiance à établir avec le patient.

Pour bien informer, il faut s'adapter ou mieux être ouvert aux personnalités, aux attentes de chaque patient et, aujourd'hui plus qu'hier, bien soigner la traçabilité des informations prodiguées.

Si l'image du médecin demeure très forte, que le métier conserve sa grandeur, il importe en posture éthique d'autonomie, que le médecin s'approprie davantage encore son autorité liée à son statut, ses connaissances, sa mission, sa déontologie, son expérience, sa réputation et, ainsi investi et reconnu, c'est aidé par une communication mieux maîtrisée qu'il pourra harmoniser davantage encore le savoir, l'éthique, l'humilité et l'humanité du sachant dans sa fonction et les droits nouveaux des patients dans leur situation du moment. Un aggiornamento de la relation soigné-soignant est en cours.

Nous préconisons la communication comme compétence relationnelle, ajoutée à la compétence scientifique, pour l'expression d'un respect de soi et de l'autre.

L'information au sens d'une construction mutuelle et dynamique nécessite que des actions soient menées autour de la formation à la gestion des émotions, à l'accompagnement relationnel et compassionnel.

« La recherche d'un état relationnel stable est le meilleur garant d'un exercice professionnel serein. Maîtriser les outils de la communication permet d'apaiser les tensions intérieures et d'avoir un fonctionnement clair dans les rapports avec les autres » (J.C. LLEU)

Mais il faut TOUJOURS se rappeler que les techniques de communication, en général, sont des outils facilitant **la relation**. « Ils ne remplacent, en aucun cas, la qualité de la relation qui est basée sur notre sincérité (authenticité et congruence), notre propre mode de communication et notre savoir-être, ici et maintenant, » entretenu et adapté à chaque personne, à chaque situation pour : **« Guérir parfois, soulager souvent, consoler (accompagner) toujours. » (HIPPOCRATE)**

3/2 – La consultation

Dr Isabelle GAUTIER



"L'homme est l'information suprême et comme la vivante synthèse des forces créatrices du globe."

Essai sur la liberté considérée comme principe et fin de l'activité humaine,
Daniel Stern alias Marie de Flavigny,
Comtesse d'Agoult
Michel Lévy, Paris, 1863

I. QUE SE PASSE-T-IL VRAIMENT DANS UNE CONSULTATION ?

La consultation est une rencontre

- Entre un « *bien portant* » et un « *mal portant* ». L'un connaît **les Pathologies**, l'autre connaît, ignore ou veut ignorer **sa Maladie**.
- C'est aussi la rencontre de deux inconscients. La demande d'écoute et de soins du patient croise l'attente bienveillante du praticien.

La relation qui s'instaure est, dès l'origine, en équilibre instable, asymétrique, voire source d'incompréhension et de réactions de défense.

- **La consultation a, en général, une temporalité quasi immuable :**

- prévention /information ou
- diagnostic/pronostic/ information.

- **Informé est un acte difficile et complexe.**

Cette séquence mobilise intensément

- les **compétences**, certes, mais aussi
- les **capacités cognitives, relationnelles et affectives du médecin**.

1. Le temps de l'information

L'information est un temps spécifique, choisi, succédant aux diagnostics et aux thérapeutiques envisagées. Cet éclairage, le plus objectif possible, doit aider le patient à consentir aux soins et à prendre (ou refuser) des décisions thérapeutiques qui le concerne au premier chef.

Le patient clive spontanément sa quête ; au somaticien, il apporte ses symptômes physiques, au psychiatre son mal-être et son mal-vivre, ce qui modifie la temporalité et le niveau d'information transmissible.

Informé est un art et une technique. Bien communiquer est aussi un don.

Informé ne suffit plus car le praticien doit conjuguer l'information et la preuve de sa délivrance. Le praticien doit :

- **prouver qu'il a bien informé :**
- **prouver qu'il a été bien compris.**

2. Le coping

Le coping est un processus psychique d'adaptation.

Bien informé nécessite de savoir se conformer aux personnalités et aux attentes de chaque patient.

Le médecin sait soigner alors que le malade demande à être guéri. Face à cette dissension structurelle, le médecin ajuste ses réponses : il cherche, plus ou moins, à **s'accorder à chaque personnalité.**

L'adaptation, l'ajustement, la maîtrise émotionnelle des situations demandent une énergie et des efforts que nulle faculté enseigne et qu'aucun instrument mesure.

S'adapter à l'ambivalent, qui veut tout et rien savoir, puis à l'angoissé qui n'arrive pas à saisir ce qui lui est dit. Le pessimiste autopsie tous les mots, l'obsessionnel procrastine sur chaque explication, le précipité veut savoir immédiatement quand et comment il sera « guéri » et il oublie d'écouter, le têtu s'obstine à suivre son schéma, l'internaute croit qu'il sait tout ; il arrive qu'il ait bel et bien tout décortiqué et en sait plus sur sa maladie que son médecin ou encore l'intellectuel qui veut comprendre pourquoi il est tombé malade ou l'hyperesthésique qui s'insurge... etc, une vraie gymnastique relationnelle au quotidien !

L'objectif est d'instaurer, au-delà du lien contractuel (arrêt Mercier, 1936), un échange confiant, favorable à l'alliance thérapeutique et au consentement éclairé du patient.

La prudence est de s'épargner des retours de bâtons procéduraux.

3. La maîtrise des émotions

Diagnostiquer, traiter, pronostiquer, prévoir, ne sont pas seulement des actes intellectuels de mémoire, d'attention et de concentration.

L'apparente simplicité de la consultation informative masque un imbroglio d'évènements et d'attentes.

Les émotions, les résurgences de souvenirs et mille choses se soudent en une fraction de seconde entre deux personnes, à leur insu. De l'empathie immédiate à la crainte irraisonnée et sidérante, une relation se noue. Cet ancrage peut être structurant ou créer un lien déstructurant.

Dans nombre de situations affligeantes, l'émotionnel se greffe sur le cognitif. Ces émotions dont personne ne parle, affectent aussi le médecin qui doit contrôler sa compassion et son identification spontanée. Ce travail de maîtrise et de refoulement des émotions est une des principales causes de Burn-Out par débordement des capacités à canaliser les affects.

Ces affects peuvent compromettre le recul nécessaire pour donner l'information la plus objective possible et la mieux « entendable ».

Or, l'information qui fait **trace et traumatisme** est celle qui annonce une catastrophe pour la famille ou le malade. « *Malheur par qui le scandale arrive !* ». La compréhension du patient.

La loi du 4 mars 2002 impose au médecin d'informer le patient et d'être en mesure de s'assurer qu'il a compris les informations délivrées.

Elle renvoie, pour ce « faire », aux recommandations de la HAS.

Comment savoir si ces informations ont été intellectuellement et psychologiquement intégrées, émotionnellement et moralement assimilées ?

Le retour nostalgique du divin devin souligne le paradoxe humain qui construit ses dieux et ses idoles pour mieux les détruire.

Le médecin n'est ni une pythie, ni un aruspice interprétant les entrailles et les vols d'oiseaux. Il ne plonge pas (encore) de nanosondes pour deviner ce qui se passe dans le cerveau des malades. Il se voit pourtant investi d'une mission étrange : lire dans les lignes de l'esprit, tel un sorcier ou un chamane. Il est vrai que de la biologie moléculaire à l'information génétique, les médecins disposent de plus en plus de sciences et de moyens permettant de prévoir et de prédire. Mais, le trop bon médecin n'est-il pas voué à la géhenne ?

Le piège d'une médecine avec obligation de résultat ne se profilerait-il pas à l'horizon ?

Ce que l'on sait, c'est que tout être qui se sent menacé ou attaqué, se défend. La maladie est une menace et celui qui l'annonce est l'oiseau d'augures. Le malade, à son insu, est ambivalent : il investit généralement son médecin comme un sauveur. Parfois, une certaine défiance, voire une hostilité à l'égard du porteur de mauvaise nouvelle, induit des résistances à l'information comme aux soins. Il peut développer des mécanismes psychopathologiques de défense, freinant ou inhibant sa compréhension.

4. Les mécanismes de défense

Parole de patiente :

« *On a vu le psychiatre de ma fille, ce qu'il a dit était très clair. Je n'arrive pas à m'en souvenir.* »

Silence de patiente :

Elle s'est figée dans l'atonie et le mutisme, un ange couvert de suie passe. Elle s'est coupée du monde, envahie de vide. Son silence a duré plus d'un quart d'heure, silence sans fin qui aurait pu s'éterniser. Ce blanc m'a donné tout le temps de réfléchir à comment lever sa sidération et de penser à mon malheureux confrère si clair, si didactique et dont les paroles ont été happées par la détresse d'une mère.

Cet arrêt sur information a dû être mis en mots prudents, à dose filée.

Dans tout traumatisme, les mécanismes de défense se mettent en place dans un ordre constant: sidération, déni, colère, refus, effondrement, acceptation.

Ils sont exacerbés par la vulnérabilité due à la maladie, aux angoisses de l'avenir et de la solitude.

Ces interactions figent et délitent les processus cognitifs. La psyché entre en résistance ! Et quelle que soit la qualité de l'information intelligible, claire, loyale, appropriée, le patient ne pourra comprendre et mémoriser qu'une faible partie de ce qui a été dit. Il s'accrochera à ce qu'il est capable de métaboliser. Il peut s'inventer une version moins traumatisante. Il se crée sa vérité, tolérable, décalée, oublieuse des réalités médicales et de nos informations ...

5. Organisation défensive des médecins

Une enquête sur les pratiques des médecins a montré que la loi du 4 mars 2002 a modifié leur pratique :

La robotisation et la banalisation de l'information

Les listes stéréotypées de tous les risques et inconvénients, des plus minimes aux plus exceptionnels et improbables ont fleuries.

Naissance de l'information défensive

L'étude montre que les médecins ont naturellement cherché à se prémunir en prescrivant plus d'exams complémentaires et des médicaments.

Pour les mêmes raisons, ils ont tendance à surinformer de façon tout aussi défensive. Les listes sont confiées au patient. Il lit parfois, il comprend rarement, il signe toujours. Il n'existe aucune obligation légale de signature mais il a très bien compris que, sans signature, il ne sera pas soigné !

Ces mises en garde sont dissuasives et terrifiantes. Les patients se sentent objectalisés, pris en otage. Confrontés à ces litanies de dangers, sommés de les signer, ils ont un sentiment de supercherie et d'hypocrisie médicale.

Pour autant, **la jurisprudence** impose que les risques exceptionnels doivent être clairement expliqués au patient qui ne pourra se prévaloir de perte de chance par défaut d'information.

Les conduites paradoxales de désinformation démontrent qu'il devient plus important de prouver que l'information a été faite que d'informer. Le patient se voit inondé d'une pléthore d'informations qu'il ne peut saisir, même lorsqu'il est médecin, et je vous renvoie aux listes sans fin des risques encourus.

A malin, malin et demi : un protocole informatif ne suffira pas pour dédouaner les médecins de leurs responsabilités car nous verrons que la jurisprudence n'est pas avare de renversement.

II. INFORMER : INFORMARE

Socrate disait: «*Si ce que tu as à me dire n'est ni vrai ni bon ni utile, je préfère ne pas le savoir*»

1. Par définition

Coté médecin informer signifie, « mettre en forme »

Verbe riche, aux significations multiples, il contient en lui-même les devoirs du médecin: avertir, prévenir, alerter, annoncer, aviser, instruire, éclairer, façonner, former, fabriquer... etc

Côté malade, le patient demande, littéralement, d' « être en forme »

L'information n'est pas inerte : elle forme et transforme: celui qui la donne, celui qui la reçoit et modifie de facto les hommes et leur relation.

Or, rien ni personne ne prépare le médecin à parler de la vie, de la mort ni même de la maladie.

2. Nature du devoir d'information du médecin

L'information est un droit fondamental du malade, dont la violation est juridiquement sanctionnée. Ce droit trouve ses fondements dans **le lien contractuel** et dans le respect du principe constitutionnel de **sauvegarde de la dignité de la personne humaine**.

3. Les gradients de l'obligation d'information

Le défaut d'information préalable engage la responsabilité du médecin en cas d'accident, même en l'absence de faute médicale.

L'absence de choix d'une thérapeutique proposée ne délie pas le médecin de son obligation d'information.

L'information n'est pas requise en cas :

- d'urgence,
- d'impossibilité (patient non joignable)
- de refus du patient d'être informé.

Obligation relative pour le diagnostic et le pronostic

L'intérêt du malade peut justifier une limitation de l'information, (article 35 – 2^{ème} alinéa du code de déontologie).

Cette position, rejoint le devoir déontologique de protection. Elle sera confirmée par la cour d'appel considérant qu'un praticien n'avait pas commis de faute en ne dévoilant pas l'intégralité des informations (psychose maniaco-dépressive avec risque de suicide).

Obligation absolue sur les actes thérapeutiques proposés

Le consentement éclairé impose que le patient reçoive une information exhaustive.

III. ÉVOLUTION SOCIÉTALE

Cette évolution fait passer de la dualité médecin-patient à une triangulation avec la place du juge pesant de plus en plus sur la confiance mutuelle. Pour s'en convaincre, il suffit de voir en 60 ans l'évolution des jurisprudences.

Le médecin se vit comme un électron expulsé à la périphérie d'un dispositif législatif muet sur ses droits. Le corps médical se sent sous l'œil glacé et parfois vindicatif des associations de patients.

Ces droits accordés aux malades répondent à une évolution liée à plusieurs facteurs concomitants.

Les mutations bioscientifiques et technologique métamorphosent en profondeur la vie des hommes, leurs relations et leurs appréhensions.

La société post-industrielle d'Ulrick Beck, dite **société du risque** se heurte au paradoxe du **principe de précaution** : « zéro tracas » ... gros blabla.

A. ASPECTS SOCIOCULTURELS

a) Un regard ethnologique ...partial

Sylvie FAINZANG, ethnologue, écrit que le patient a longtemps été assujetti au paternalisme médical, mis sous tutelle d'un savoir médical omnipotent.

Selon elle, pour la quasi unanimité des médecins: « *la vraie information c'est de répondre à la demande des malades* ». Elle dénonce sans ménagement dans son livre au titre parlant « *La Relation médecins/malades : information et mensonge* » peu amène pour **ce médecin qui comme le bon père de famille doit protéger le malade.**

b) Un changement de paradigme sociologique

Le désir d'égalité hommes-femmes, employés-patrons, parents-enfants est une donnée forte, incontournable, de notre société.

La relation entre le malade et le praticien n'échappe pas à cette dynamique.

Ce saut de registre sociétal est dû aux renversements des rapports avec un passage du modèle pyramidal, hiérarchique, au modèle transversal, égalitaire qui ne fait plus autorité mais contestation.

Il s'accompagne de renversements jurisprudentiels élargissant systématiquement la responsabilité des médecins.

Suivre l'opinion publique, renforcer les droits avec une obstination que d'aucun qualifie de déraisonnable conduit à un paradoxe toxique: il fait naître le sentiment de préjudice, d'iniquité qui, de l'excès de droits à l'oubli de devoirs, pousse à l'abus de droit.

B. LE MALAISE IDENTITAIRE

- 1. Ce sentiment préjudiciel** est renforcé par la fragilité de la construction identitaire dans une société flottante, en quête de cohérence culturelle comme de valeurs spirituelles.
2. La construction identitaire se forge dans la famille, dans la société et avec les biosciences. **La relation fraternelle répond à l'avènement de notre ère scientifique du clonage** : le médecin n'échappe pas à cette règle, il s'y prête même, abandonnant la blouse, le costume et la cravate pour le polo et jean décontracté. Il est vécu au mieux comme un copain, ou un bon bougre, disponible et compréhensif, corvéable à merci, implantable de force dans les déserts abandonnés de tous.
- 3. Le déplacement de la relation paternelle** au profit de la relation fraternelle, n'est pas sans rapport avec la dilution de la notion de famille, de stabilité, d'autorité, et même de sexe (la théorie du 3^{ème} genre vient couronner la dégradation de la famille nucléaire, la progression de la monoparentalité, des familles décomposées et recomposées).
- 4. Freud a construit sa théorie de l'inconscient** avec la puissance œdipienne et le meurtre du père. Il a fait l'impasse sur la force des relations fraternelles, écartant le meurtre de Caïn qui revient au galop, car tout aussi constitutif de l'identité avec ses ambivalences de haine et d'amour, de rivalité et de soumission.
- 5. Cette rivalité** se joue aujourd'hui dans notre société bouleversée par la Science et la Technologie. Une telle mutation ne peut que bouter hors de la conscience, la croyance en Dieu, son mystère, sa symbolique et sa puissance, creusant ainsi un immense trou noir de frustrations, d'insatisfaction. L'anxiété existentielle résultante se convertit en protestations et revendications.
- 6. Dans son éloge des frontières**, Régis DEBRAY écrit « *Aujourd'hui, il n'y a plus de limites* », *entend-on tous les matins au comptoir, dans les zincs où se réfugie à Paris la meilleure philosophie. (...). Plus de limites en effet, à l'escalade des rémunérations et des prébendes, aux fanfreluches de Madame Sans-Gêne et aux désinvoltures de présidents sans façons. L'indécence de l'époque ne provient pas d'un excès mais d'un déficit de frontières.*

IV. INFORMATION, SURINFORMATION, DÉSINFORMATION

La « transparence » virtuelle et médiatique

De quelques clics, le patient s'informe. Il a besoin de se forger son idée, celle qui convient à sa personnalité, à son histoire, à son état, celle dont il a besoin, il veut savoir parce qu'il a peur, qu'il veut se protéger des duretés et des incertitudes de la maladie, ou qu'il s'est senti mal compris, mal écouté, expédié par le praticien, ou parce que sa confiance est limitée, la méconnaissance l'insupporte, ou encore c'est un vérificateur constitutionnel élevé à la bible internet.

Reste au médecin à déconstruire les croyances du patient abreuvé d'informations erronées ou contradictoires. N'oublions pas que contrairement à la légende sémantique, ce qui est transparent est invisible !

V. ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET JURISPRUDENCIELLES

Notons les glissements sémantiques qui passent du malade au patient, puis à la personne, inaugurant le consommateur de soins et le caddy de la CPAM rempli aujourd'hui par l'usager.

Les médecins, quant à eux, ont dû troquer leur identité de Docteur ou de Professeur, et ont été élevés au grade de professionnels de santé !

Notons les dilemmes déontologiques des professionnels de santé informant, échangeant, communiquant, dans le respect du secret professionnel de Polichinelle. Car telles sont les dérives favorisées par des logorrhées législatives.

Le droit à la santé, le droit à la sécurité éradique une réalité : l'avenir n'est jamais certain, il peut même être pire. Du célèbre et de triste mémoire « responsable mais pas coupable », on arrive au « responsable-coupable ».

Notons qu'informer le patient a toujours été un devoir déontologique, c'est devenu une obligation légale.

Cette surenchère qui devait être un progrès ne serait elle pas en passe de devenir une source de conflit. Le nombre croissant de plainte pour défaut d'information ne cesse de croître.

Car il est un fait notable : en 30 ans, de l'arrêt Mercier en 1936 à 1996, on compte 16 recours en cassation civile. En 13 ans, de 1997 à 2010, une explosion exponentielle porte à 37 le nombre des jurisprudences.

1. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le code de déontologie. L'article 35 rappelle au médecin qu' *"il doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose"* et l'article 41 qui précise qu' *"aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement"*.

En 1997, la Convention sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine du Conseil de l'Europe du 4 avril 1997, prévoit que la **personne** sur laquelle doit être effectuée un acte de santé reçoive, préalablement, "*une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et à ses risques*", "afin qu'elle donne un **consentement libre et éclairé**".

En **Octobre 1998** : *élargissement de l'obligation d'information sur les risques rares mais graves.*

En 2000, l'article 3 de la Charte Européenne des droits fondamentaux du 18 décembre 2000 consacre le principe du **consentement libre et éclairé** du **consommateur** de soin.

2. LES LOIS SONT PAVÉES DE BONNES INTENTIONS

Sous les pavés de 68, ont poussé les **enfants-rois**.

Une génération plus tard, **sur le pavé législatif de 2002** trône l'**usager-roi** au centre du dispositif de soins.

A. La charge des preuves

→ **La charge de la preuve incombe au demandeur**

- Selon l'article 1315 du Code civil : « *Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation.* »
- l'art. 9 du Code de procédure civile reprend ce principe : « *Il incombe à chaque partie de prouver conformément à la loi les faits nécessaires au succès de sa prétention* ».
- Vox populi :
« *Actori incumbit probatio* » : « *Celui qui se prétend titulaire d'un droit doit le prouver.* »
« *Reus in excipiendo fit actor* » : « *Celui qui se prétend libéré d'une obligation parce qu'il l'a exécutée doit établir cette exécution.* »

La jurisprudence a progressivement précisé le contenu et l'étendue de l'obligation d'information, fondant cette obligation d'information sur les notions de contrat médical et de respect de la dignité de la personne.

→ **Inversion de la charge de la preuve**

Contrairement à la règle générale, depuis le célèbre arrêt Hédreul du 25 février 1997, l'information médicale est un des rares domaines où la charge de la preuve est inversée : il incombe au médecin de prouver qu'il a exécuté son obligation d'information. Ce revirement de jurisprudence confirmé à maintes reprises s'est vu consacré dans la loi du 4 mars 2002.

En revanche, si depuis 1997, les jurisprudences chargent le supposé prophète de prévoir les *risques les plus exceptionnels* et leurs conséquences, et en 1998 « *les risques rares mais graves* », la Loi cantonne l'information à « ... à l'acte et aux *risques fréquents ou graves normalement prévisibles* (art L. 1111-2 CSP).

→ **l'autonomie du droit disciplinaire**

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, quant à lui, maintient que c'est au patient d'apporter la preuve du défaut d'information (La chambre disciplinaire du 4 juillet 2008 saisi d'un recours par un praticien blâmé car il n'avait pas pu apporter la preuve qu'il avait informé son patient, annule la décision du Conseil Régional.)

B. La perte de chance

- En 2006, la cour de cassation jugeait « *constitue une perte de chance réparable la **disparition actuelle et certaine d'une évolution favorable*** » (Cass. Civ. 1ère, 21 novembre 2006, pourvoi n°05-15674)
- En 2010 deux arrêts rendus élargissent la notion de perte de chance.

La Cour de Cassation a considéré qu'une perte de chance était caractérisée dès lors qu'était constatée la « **disparition d'une éventualité favorable** ». Cass. Civ. 1ère 14 octobre 2010, pourvoi n° 09-69195.

« *La perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable* »

Un mois plus tard, au pénal, « *la disparition de la **probabilité** d'un événement favorable constitue une perte de chance* » Cass. Crim 3 novembre 2010, pourvoi n°09-87375

- L'éradication réitérée des qualificatifs « **actuel** » et « **certain** » au fil des arrêts de cour de cassation, remplacés par les termes **d' « éventualité » et « probabilité »** marque un tournant dans la notion de perte de chance.
- Ce changement donne à penser que le passage de la certitude à l'éventualité signe l'entrée du supposé et du virtuel qui ouvrent la porte à un autre renversement jurisprudentiel : le défaut d'information reconnu comme préjudice autonome.

C. Un préjudice autonome nommé « préjudice d'impréparation »

Historiquement, seul le dommage provoqué par la perte de chance ouvrait à réparation.

«*Le seul préjudice indemnisable à la suite du non-respect de l'obligation d'information du médecin, laquelle a pour objet d'obtenir le consentement éclairé du patient, est la perte de chance d'échapper au risque qui s'est finalement réalisé* » (Civ. 1re, 06 décembre 2007, n°06- 19.301)

Par un arrêt de la cour de cassation du 3 juin 2010, la carence de l'information médicale devient un préjudice autonome, indépendant de la perte de chance.

- L'obligation de recueillir le consentement repose sur le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne.
- Le défaut d'information constitue un préjudice, indemnisable en soi indépendamment de toute perte de chance pour la victime.

Le principe d'impréparation fait du défaut d'information un acte délictuel, sanctionnable et indemnisable. Ce revirement signe également la reconnaissance du dol moral.

VI. DILEMME ÉTHIQUE

Une des questions éthiques qui se pose est de savoir que faire et que dire quand une information parfaitement exhaustive risque de compromettre l'adhésion du patient, voire de le dissuader des soins indispensables.

Bien que le praticien n'ait pas légalement obligation de le convaincre, il ne peut qu'être moralement affecté si l'information conduit à un refus de soins indispensables.

De même, l'impact d'une information déprimante et anxiogène peut jouer sur la réponse aux traitements. L'appréhension diminue les capacités de résistances et de résilience, comme le pamplemousse inhibe l'efficacité de certains neuroleptiques !

L'information doit rester un atout, non une entrave.

Vaut-il mieux un patient « *en forme* » ou un malade « *informé* » et démoralisé ? Au médecin de choisir entre un patient optimiste, parce que tenu dans l'ignorance des événements exceptionnels et graves ou un patient conformément informé et très angoissé qui avance à reculons vers les soins.

CONCLUSION

L'évolution et les revirements des jurisprudences sont constants et nombreux : la responsabilité des médecins ne cesse d'être élargie.

Pour autant, le « bien informer » ne doit pas prendre le pas sur le « bien soigner », vocation primordiale du médecin.

Les médecins doivent garder cette conscience déontologique dans les dilemmes moraux face à certains paradoxes législatifs.

Notre cap a toujours été et doit rester l'intérêt de nos patients.

4- Les questions et problématiques

Dr Jean-Alain CACAULT

1. La problématique de l'information en médecine

L'information de qui ?

- du médecin ?
- du patient ?
- quelle information ?

L'information du médecin c'est d'abord l'apprentissage de son métier, c'est ensuite celui de sa profession, c'est enfin la connaissance de son partenaire désigné : le malade.

L'apprentissage du métier se fait par la fréquentation de l'université, la poursuite d'un cursus long et difficile mais aussi et surtout par la fréquentation des maîtres, vecteurs de la connaissance et du comportement dans l'artisanat que constitue la médecine. Chaque étudiant est un compagnon avant de devenir un maître, c'est-à-dire un médecin.

L'apprentissage de la profession, hélas très souvent négligé, consiste à s'insérer dans la société avec notre statut de médecin : qui allons-nous être et comment allons-nous ou devons-nous nous comporter face aux différentes administrations, à l'Etat représenté par ses ministères de la santé, de la justice, des finances, aux assurances maladie, à la sécurité sociale, aux assurances complémentaires ?

En bref, quels sont nos devoirs, quels sont nos droits, en particulier avec notre principal partenaire, le patient ?

Bien sûr, nos comportements vont être codifiés par un certain nombre d'ouvrages, les uns communs à tous les citoyens : code civil, code pénal, d'autres plus spécifiques : code de la santé publique, de la sécurité sociale et code de déontologie. Mais quel est l'étudiant qui les a lus ? Nous allons donc les apprendre... sur le tas (quelquefois douloureusement !)

Si l'on voulait résumer le code de nos relations avec nos patients, nous pourrions nous en tenir à la formule générale : « le droit de chacun s'arrête à celui de son voisin » - le droit du médecin s'arrête au droit du malade.

Dans les 50 dernières années, ce droit a évolué. En 1947, au sortir de la dernière guerre mondiale régnait le Paternalisme ; le médecin détenteur de la connaissance s'imposait dans ses décisions à un patient soumis. Pendant le dernier demi-siècle, le patient est devenu un adulte, il a voulu comprendre et participer, ainsi est né le

concept de consentement éclairé. Mais, il ne peut y avoir de consentement sans information : le praticien s'est vu dans l'obligation de donner une information claire, loyale et approprié ; le patient a quitté son statut d'objet pour devenir sujet adoptant ainsi le modèle autonomiste anglo-saxon.

Quelles sont donc les informations auxquelles le patient va souhaiter accéder ?
D'abord :

- Savoir qui est le médecin auquel il va se confier ?
- Est-il compétent ?
- Est-il expert dans le domaine qui pose problème au patient ?
- Existe-t-il des listes de praticiens compétents dans ce domaine ?
- Comment lire l'entête des ordonnances du praticien ?
- Qui peut le recommander ?
 - un autre professionnel de santé ?
 - le pharmacien ?
 - l'Ordre des médecins ?
 - les assurances ?
 - le réseau informatique ?
 - ou le bouche à oreille ?
- Le médecin traitant ayant été choisi, sur quels critères juger si le choix est le bon ?
- Peut-on lui poser des questions ?
- Obtient-on des réponses claires aux questions suivantes :
 - quel est le dysfonctionnement physiologique à l'origine de la pathologie incriminée ?
 - quelles sont les conséquences immédiates et lointaines de ce dysfonctionnement ?
 - est-ce grave ?
 - y a-t-il un traitement adapté ?
 - ce traitement présente t'il des risques ?
 - quelles sont les chances de guérison ?
 - faudra t'il faire appel à des investigations plus spécialisées ?
 - faudra t'il faire appel au chirurgien ?
 - combien de temps cela va-t-il durer ?
 - le traitement comporte t'il des risques ?
 - combien cela va-t-il coûter ?

En bref, le praticien va être assailli de questions.

A-t-il le devoir d'y répondre ?

Quand le praticien y aura répondu, aura-t-il la certitude d'avoir été ENTENDU, que l'information donnée aura bien été reçue, comprise ? Rien n'est moins sûr !

2. La compétence de l'informateur

Elle est certifiée et accréditée par l'université - la faculté de médecine soumet le candidat au doctorat à un certain nombre d'examens - le succès du candidat à ces tests confirme le niveau de son expertise.

La formation médicale continue obligatoire améliora et actualisera ses connaissances.

Il appartient à l'Ordre des médecins de vérifier que le médecin satisfait à ces obligations.

Il est inutile, rétrograde et offensant d'afficher ses diplômes en salle d'attente. Le cabinet du médecin n'est pas une foire commerciale.

Par ailleurs, ces diplômes ne sont que l'expression d'une science acquise mais pas toujours assimilée ! Ils ne témoignent ni du dévouement du praticien à ses patients, ni de son acharnement à vouloir les guérir et encore moins de son empathie envers eux.

Le fait de vouloir quantifier la qualité d'une relation humaine est une entreprise technocratique tout à fait utopique. Le bouche à oreille de ces concitoyens en dit beaucoup plus sur la confiance qu'ils accordent à leur médecin. Nous avons tous connu tel collègue d'internat dont la liste des titres et travaux avait le volume d'une thèse mais dont les hauts faits au bloc opératoire s'apparentaient à la chronique des faits divers, voire à la chronique nécrologique.

Quant à se fier à l'expertise des caisses de sécurité sociale pour apprécier le bien-fondé de telle ordonnance, alors que leur but essentiel est l'économie (qui est d'ailleurs leur unique rôle), autant demander à un assureur de s'occuper de la police de la route.

Restent les « guides-lines » - en français les conseils de bonne pratique. Ils sont utiles mais ne répondent pas à la diversité des problèmes proposés à la sagacité des praticiens.

En bref, inutile de légiférer, nous avons déjà tout ce qui nous est nécessaire dans ce domaine et, de toute façon, il est illusoire de vouloir donner une réponse définitive à cette question.

3. L'information

Le différentiel qui sépare le niveau de connaissance médicale du praticien de celui de son patient est en général amoindri du fait d'une généralisation de l'instruction et de l'utilisation du réseau informatique. Pourtant il demeure important justifiant que l'information délivrée par le praticien soit claire, conforme à la vérité et appropriée, c'est-à-dire compréhensible pour le patient, indépendamment de son quotient intellectuel.

Quels que soient la patience et les efforts pédagogiques du praticien, celui-ci n'aura jamais la certitude que l'information qu'il aura délivrée soit comprise. D'une part parce que la méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie qui handicape son patient vont rendre difficile, pour ce dernier, la compréhension du dysfonctionnement dont il souffre. D'autre part, parce que l'interlocuteur du médecin n'entend que ce qu'il a envie d'entendre. Le fait de remettre au patient un document écrit que l'on lui commente ne changera rien à l'affaire. En fait, nous devons, nous praticiens, aborder le problème de l'information du malade avec beaucoup d'humilité et sans nous faire trop d'illusions. Il ne nous reste plus qu'à espérer que le juge, si le patient se plaint d'un défaut d'information, prendra en compte la difficulté qu'il y a à faire passer un message. Pourtant, le médecin s'efforcera d'expliquer au patient son état et son évolution prévisible ; Quels examens il se propose de lui pratiquer et pourquoi ? Quels sont les conséquences et inconvénients de ces examens et quelles précautions sont recommandées au patient ?

L'information médicale ne se limite pas au message délivré au patient concernant son affection, elle intéresse également la presse non seulement spécialisée mais aussi généraliste. En effet, nous devons communiquer aux journalistes les résultats de la recherche médicale, en prenant garde de ne pas faire naître de faux espoirs chez les malades concernés et en ne confondant pas information et publicité. Il nous faudra commenter l'actualité médicale en veillant à respecter les principes de confraternité et en nous abstenant de tout jugement téméraire.

En bref, il ne serait pas inutile que la faculté prévoit pour les étudiants au terme de leur cursus universitaire une formation à la communication.

4. L'information et les conflits d'intérêt

Quant y a-t-il conflit d'intérêt dans la pratique d'un médecin ?

- Chaque fois qu'une prescription peut être délivrée pour un autre motif que le bien du patient !
- Que le praticien soit financièrement lié à telle clinique, tel laboratoire ou telle entreprise prodiguant des soins médicaux, il risque d'être taxé de compérage.
- Que le laboratoire pharmaceutique l'ait chargé d'une étude avant mise sur le marché d'un produit, il doit rendre ses conclusions indépendamment de ce que souhaite le laboratoire qui l'a rémunéré. Il s'agit là d'une honnêteté élémentaire qui ne souffre aucun accommodement.

5. Médecine préventive – médecine prédictive

La médecine est une science d'observation. La médecine préventive et la médecine prédictive sont plutôt du domaine de la médecine de santé publique. Néanmoins, le médecin de ville, qu'il soit généraliste ou spécialiste va acquérir au cours de sa carrière une expérience qui le conduira tout naturellement, au-delà de la médecine curative, à conseiller sa patientèle pour éviter les conduites à risque. Il est à même

en effet de constater combien les habitudes, dans le domaine du tabac ou de l'alcool par exemple, peuvent se muer en addictions. Il va donc progressivement inclure dans sa pratique la médecine préventive. Comme les médecins de ville sont, aujourd'hui encore, plus nombreux et plus près de la population que les médecins de santé publique, leur influence sera déterminante sur la santé de leurs concitoyens d'autant, qu'à juste titre, ils peuvent être considérés comme NEUTRES par rapport à la consommation de produits réputés toxiques.

6. Les devoirs du patient

Il n'y a pas de droits sans devoirs. Les chapitres précédents se sont fait l'écho de toutes les obligations incombant au médecin ! J'en ai recensé vingt-quatre faisant l'objet de textes officiels. Quelles sont donc, à l'inverse, les obligations du patient lorsqu'il aura accepté le traitement proposé par son médecin ?

Il devra :

- Payer les honoraires qui lui seront demandés une fois la consultation terminée.
- Fournir au médecin tous les renseignements nécessaires à l'établissement du diagnostic.
- Ne pas majorer un symptôme dans le seul but de se faire délivrer un arrêt de travail.
- Collaborer loyalement à son traitement jusqu'à son terme.
- Accepter les soins, les examens complémentaires, voire les interventions prescrites.

Si le patient refuse de se soumettre à ces différentes obligations, il sera informé par le médecin des conséquences de ce refus et éventuellement de la rupture du rapport de confiance amenant le médecin à arrêter la collaboration en dehors des épisodes aiguës et en cas d'urgences.

Docteur Piernick CRESSARD

7. La médecine génétique prédictive

M. A. - *Bonjour Docteur CASSANDRE.*

Dr C - *Bonjour Monsieur AESON, vous voulez me reparler des tests génétiques.*

M.A - *Oui et non, je n'ai pas suivi vos conseils. J'ai trouvé sur Internet l'adresse d'un laboratoire étranger qui pratique cette technique de fichage génétique. Après ma demande, j'ai reçu un kit de prélèvement de cellules buccales payé 500 euros. Je vous apporte le résultat car je n'y comprends pas grand-chose.*

Dr C - *Je vous avais mis en garde, en France c'est interdit aux particuliers, les recherches se font à la demande de la Justice, ou dans certains cas par le médecin spécialiste. Votre désarroi face aux résultats justifie la nécessité d'un accompagnement médical pour analyser les résultats.*

Je ne suis pas très compétent mais je peux annoncer les mauvaises nouvelles, dans l'ensemble je ne remarque rien de particulier, mais il y a une interrogation pour le gène de l'apoptotéine E, qui prédispose à la maladie d'Alzheimer.

M.A. - *C'est ce qu'a annoncé le médecin de l'EPAHD pour ma grand-mère qui ne reconnaît plus personne. Pouvez-vous me donner des conseils, un traitement ?*

Dr C - *Il n'existe pas de traitement préventif, ni de traitement curatif efficace. Maintenant il va falloir vous habituer à vivre avec cette menace, sans avoir la certitude qu'elle se réalise.*

Venez me voir pour que l'on en reparle ensemble. Au revoir et bon courage.

Les explorations sur le génome humain ont favorisé les progrès de la recherche génétique dans le but d'une médecine prédictive. Les progrès de la science entraînant la quête de succès par les scientifiques permettent des découvertes de plus en plus ciblées au niveau des gènes avec la reconnaissance de prédispositions à de nombreuses affections chroniques : diabète, cancer du colon, schizophrénie, sclérose en plaques, vieillissement.

Le Docteur KNOCK avait raison en affirmant de façon péremptoire « *tout bien portant est un malade qui s'ignore* ».

Mais que faire de toutes ces informations ?

La question posée est sans réponse car dans certains cas il n'est pas possible de proposer un projet thérapeutique de prévention ou de soins, sauf à conseiller au patient d'avoir recours à un psychothérapeute pour lui permettre d'assumer sa destinée et juguler ses angoisses.

La médecine génétique prédictive ne révèle qu'une prédisposition à une pathologie, la considérer comme une certitude c'est ignorer l'influence de l'environnement, de la diététique, de la culture qui ont permis à l'être humain de tripler la durée de sa vie par l'amélioration de son espace, de son logement, de ses modes alimentaires, les progrès techniques, la qualité de la médecine de prévention avec quasi disparition des grandes épidémies, les qualités de la médecine curatrice et les progrès de la chirurgie réparatrice.

La médecine génétique prédictive conserve son intérêt dans les affections monogéniques comme la mucoviscidose où le diagnostic peut être fait au niveau de l'embryon, permettant d'éviter la naissance d'un être gravement handicapé. La médecine génétique prédictive permet aussi de prévoir la transmission de maladie héréditaire mais il faut rester vigilant pour éviter une déviance eugénique car pour certaines affections se révélant à l'âge adulte, l'évolution thérapeutique permettra de gérer cette affection dans les quelques dizaines d'années à venir.

Bien qu'interdite en France, sauf les exceptions prévues par le législateur, de nombreuses sociétés étrangères proposent sur Internet des offres plus ou moins sérieuses d'établir votre carte génétique, ou toutes autres demandes contre l'envoi de quelques cellules buccales.

Ces sociétés vous proposent de vérifier les filiations, de relier votre génome à un ancêtre célèbre, ou à une origine ethnique ; certaines proposent même de confronter la compatibilité maritale entre deux cartes génétiques.

Le résultat est adressé sans aucune précaution, ni aucune explication sur la signification du résultat entre la prédisposition, le possible, l'inévitable, laissant la personne inquiète recherchant un réconfort auprès de son médecin qui ne peut pas donner une réponse simple et compréhensible.

La médecine génétique prédictive fait faire une avancée magnifique pour toutes les affections mono-géniques, La loi du 6 août 2004 encadre ces analyses à visée médicale. Le décret du 4 avril 2008 (article R. 1131-1 du Code de la Santé Publique) précise que l'analyse des caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal a pour objet : de confirmer ou infirmer le diagnostic d'une maladie génétique, de rechercher les caractéristiques génétiques pouvant être à l'origine d'une maladie génétique chez une personne ou dans la lignée familiale, de définir un projet de soins chez une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Cette médecine génétique prédictive se révèle très anxiogène pour toutes les personnes qui ont recours à cette technique sans un encadrement médical. La loi du 4 mars 2002 reconnaît le droit de ne pas savoir, mais le limite s'il existe un risque de transmission à des tiers.

La désespérance remplacera l'espoir, elle favorisera la patamédecine qui trouvera là un moyen de redonner espoir à des patients qui se sentent abandonnés par la médecine.

La médecine génétique prédictive peut-être comparée à la jarre de Pandore qui une fois le couvercle soulevé laisse échapper tous les maux, heureusement Epiméthée celui « *qui réfléchit trop tard* », époux de Pandore, retint l'espérance.

5/1 - Formalisme et information

Dr Bertrand LERICHE

FORMALISME ET COMPÉTENCE

La référence à la compétence du médecin doit-elle faire partie de l'information du malade

Il ne fait pas de doute, à la lecture des précédents chapitres :

- que le médecin a un devoir d'information dont l'absence cause un préjudice propre indépendamment d'une perte de chance subie.
- que cette information doit être complète, claire, loyale et appropriée mais qu'elle a des limites qui s'inscrivent dans deux cadres, celui de l'intérêt du patient en direct avec l'information et celui des devoirs particuliers des médecins (F. SARGOS),
- que tout médecin est censé par sa formation avoir acquis dans le domaine de la santé « la connaissance » et, qu'à ce titre, il est en mesure de donner toutes les explications nécessaires et une bonne information loyale et appropriée,
- qu'il est de tradition que ce rôle d'informateur soit dévolu principalement au médecin traitant, reconnu comme chef d'orchestre des programmes thérapeutiques.

Il s'agit de façon caractéristique du **dialogue singulier médecin malade** auquel est très attaché le corps médical français.

Il ne faut cependant pas ignorer **l'évolution sociétale et comportementale** de ces dernières années conduisant le patient à rechercher que soient prises en compte toutes les ressources de la médecine au service de l'amélioration de sa santé, ne se contentant plus forcément d'un seul interlocuteur mais **exigeant que l'ensemble du système de santé, le corps médical, lui apporte le meilleur résultat diagnostique et thérapeutique.**

Aidé en ce sens par tous les moyens modernes de communication, soutenu par les associations d'usagers, **il exige la compétence des praticiens** se penchant sur son cas et ne se contente plus forcément de la seule parole de son interlocuteur principal, son médecin traitant.

Le patient et/ou son entourage vont souhaiter être renseignés sur le degré d'expérience du praticien dans le domaine de la thérapeutique qu'il propose. Cette interrogation légitime plus souvent suscitée lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale ou d'un geste interventionnel invasif, est rarement formulée directement, elle est le plus souvent soulevée auprès du médecin traitant qui, dans le cadre du parcours de soins, est en mesure en général d'apporter les renseignements nécessaires et de rassurer.

Le doute peut persister : un second voire plusieurs avis peuvent être souhaités : à cet égard le monde médical n'est pas en reste, car connaissant mieux la réalité du terrain, il est d'autant plus exigeant pour lui-même ou pour sa famille ...

Du côté du patient les critères pris en considération pour évaluer une compétence sont très subjectifs : âge du praticien, notoriété, ancienneté dans la place, renommée du lieu d'exercice Bien sûr cela ne suffit pas pour apprécier la compétence d'un médecin, ce raisonnement est teinté néanmoins de bon sens puisqu'il reconnaît l'association du savoir (diplômes), du savoir-faire (l'ancienneté, l'expérience, l'habileté gestuelle.. etc.) et du savoir-être déontologique.

De l'autre côté, le praticien est le sachant, le spécialiste compétent, mais est-il en mesure d'apporter la preuve de ses résultats ? Son indication reste-elle pertinente ? Maîtrise-t-il suffisamment la thérapeutique nouvelle qu'il propose ? S'est-il remis en question au cours de sa carrière vis-à-vis d'interventions qu'il a maintes et maintes fois réalisées ?

En fin de compte, dans ce processus de recherche d'information, le patient et son entourage cherchent des éléments de réponses aux questions relatives :

- à l'organisation de l'établissement de soins qui va les accueillir (prestations qualité, sécurité et prévention des risques),
- à l'expérience et à la compétence des praticiens en charge des soins (compétence individuelle et compétence collective).

Or, le médecin est en mesure d'apporter des éléments de réponse à ces questions puisque dans le cadre légal :

→ S'il exerce dans un établissement de santé public ou privé, par l'obligation de **certification des établissements**, il participe et contribue « à l'organisation de l'établissement de soins qui va les accueillir, prestations qualité, sécurité et prévention des risques »

→ S'y ajoutent les **obligations particulières d'exercice en équipements et en seuil d'activité** dans certaines spécialités : chirurgie carcinologique, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, radiothérapie..., il veille au respect de ces obligations soumises aux contrôles réguliers de conformité par les tutelles (ARS).

(Voir en annexe quelques précisions sur ces procédures obligatoires)

→ Enfin, et surtout, par l'obligation qu'il a de se perfectionner en permanence de façon soutenue dans le cadre du **Développement Professionnel Continu et de l'accréditation des praticiens des spécialités à risque ...**, il est en mesure de répondre à la question concernant « l'expérience et la compétence des praticiens en charge des soins, compétence individuelle et compétence collective »

Le Développement Professionnel Continu (DPC) n'a-t'il pas vocation à conforter et confirmer la compétence d'un médecin ?

La compétence ne se réduit pas au seul savoir, à la somme des connaissances mais elle résulte d'une subtile alchimie :

1. **de la connaissance** : ce sont l'enseignement initial universitaire, les diplômes, universitaires puis post-universitaires (DIU, DU...etc.) qui délivrent et attestent le savoir, les « compétences propres » au sens de « pré-requis de connaissance »,
2. **du « savoir-être »** qui est en matière médicale la mise en application des règles de notre code de déontologie,
3. **du savoir-faire** qui s'acquiert avec le temps, par l'ouvrage et le compagnonnage, et surtout par la formation continue post-universitaire. **La compétence ne peut réellement donc être appréciée qu'au résultat de l'action, a posteriori ; elle n'est pas par ailleurs un acquis stable et définitif mais une longue construction continue.**

Et là doivent apparaître les caractéristiques essentielles d'une bonne **formation post universitaire** :

- **d'être d'une part évaluatrice et correctrice,**
- **d'autre part formatrice et inventive.**

Quatre objectifs bénéfiques pour la sécurité du patient et la sérénité du médecin.

C'est l'ambition du **Développement Professionnel Continu**, instauré par la loi HPST, opérationnel depuis le 1er janvier 2012, et dont les objectifs sont :

- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- le perfectionnement des connaissances,
- l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins,
- la prise en compte des priorités de santé publique,
- la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le principe est notamment de faire progresser la qualité et la sécurité des soins en analysant l'exercice professionnel du praticien, ses résultats par rapport à des recommandations de bonnes pratiques, puis en mettant en œuvre des actions d'amélioration.

L'ensemble de ces données évaluatrices ne constitue certes qu'un reflet partiel de la compétence individuelle du médecin et de la compétence collective des équipes quel que soit le mode d'exercice.

Il est à noter que la procédure d'accréditation des médecins dans les spécialités à risque comprend un volet évaluateur et un volet correcteur et est donc un modèle permettant d'apprécier les contraintes et d'imaginer les réserves du système. Les premières accréditations personnelles ont été un succès mais dans des spécialités à très faibles effectifs, donc dans des milieux techniques homogènes et soumis à des contraintes matérielles très lourdes.

Le facteur le plus utile de cette démarche est certainement l'évaluation a posteriori des actes, des techniques utilisées, de leur pertinence et de leur remise en cause éventuelle.

Au niveau collectif, c'est la remise en cause des techniques, non pas forcément dangereuses mais obsolètes, à laquelle peuvent se substituer des techniques beaucoup moins agressives.

Au niveau individuel, ce peut-être la remise en cause de comportements non pas forcément fautifs mais inadaptés ou devenus inadaptés avec le temps, qu'il est nécessaire d'abandonner dans une dynamique de recherche et de formation à des techniques plus élaborées.

Il n'est pas déraisonnable d'envisager que soient rendues accessibles aux usagers et aux patients ces données, sachant qu'actuellement elles ne le sont que dans les conditions de procédure d'expertise en contentieux, dans des conditions douloureuses pour le corps médical et le médecin, et qui plus est restent relativement confidentielles retardant d'autant la réévaluation objective de l'acte en cause.

Dès lors qu'en cas de litige, il appartient au médecin mis en cause d'apporter la preuve de sa compétence pour la réalisation d'un acte, n'est-il pas de son intérêt de se constituer et d'actualiser au fil du temps un « dossier de compétence », adossé à son curriculum vitae professionnel et rédigé de telle sorte qu'il puisse être consulté par le patient et sa personne de confiance.

Cela dit, si l'esprit de la Loi est louable, la complexité de l'organisation de cette nouvelle approche de la Formation Continue telle qu'elle ressort des décrets d'application laisse perplexe quant à sa mise en pratique opérationnelle : si elle s'avère possible dès maintenant dans certaines hyperspécialités à faible effectif, on voit mal son application réaliste dans l'ensemble de la profession dans les délais impartis, dès 2013....

Conclusion

A notre époque d'accès illimité dans l'espace et immédiat dans le temps de toutes sortes d'informations, dont de nombreuses sont invérifiables ou mensongères, il serait dommage de se priver des moyens d'informer le malade de l'existence de données sans équivoque concernant la compétence des médecins auxquels il fait appel.

Inéluctablement , de la même façon que dans les autres pays très industrialisés proches de l'esprit juridique anglo-saxon, on en viendra à ce que le médecin soit à même de présenter et de soutenir les preuves de sa compétence, son savoir-faire son expérience et d'évaluer ses résultats, ses éventuels échecs

Ne faut-il pas anticiper cette évolution, et ne serait-il pas préférable que cela soit fait sous le contrôle de l'Ordre des Médecins ?

5/2 – L'information du patient par les médecins – Un acte professionnel ou commercial ? Vision Européenne

Dr Jean-François RAULT

1. Florilège des « infos » médicales et des demandes au Conseil de l'Ordre

Journaux locaux

- l'«habituel» avec probablement exercice illégal de la médecine à la clé (du domaine de la justice).

LESCHO DUTOUQUET
Mardi 14 novembre 2011

ANNUAIRE
DES MÉTIERS

Restaurant

le Zinc

JEUDI 17 NOVEMBRE
SOIRÉE BEAUJOLAIS
avec l'accordéoniste Laurent H.
Beaujolais et soifs à volonté **35€**
Sur réservation 03 21 05 89 27 - 79, rue de Paris - Le Touquet

Guérisseur

Reboiteux - Guérisseur
Naturopathe - hygiéniste
Magnétiseur - Sophro - Relaxologue
Psycho - Energéticien

>>> Au cabinet ou à domicile

Électroménager - Multimédia

Moronval et Hagneré
Image - Son - Électroménager - Service après-vente
Commerçants de proximité,
le meilleur prix
près de chez vous !

17-19, rue du Fayol - ETAPLES - Tél. : 03 21 94 69 11
A votre service du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 19h. Le samedi de 9h à 12h et de 14h à 17h.
PRO/dfb www.procie.com - Agréé TNT

L'internet

- l' « alléchante » avec peut-être exercice illégal de la médecine encore que, par rapport au titre (médecine chinoise).

Un lifting visage par acupuncture sans souci en 3 séances chez My Tao pour seulement 59 euros au lieu de 225 euros, soit une réduction de 74%

Ce Deal est épuisé

Montant : 59,00 €

Économisez : 74% Économisez : 166,00 €

CE DEAL EST ÉPUISE

139 participants !
Le Deal a été validé !

Recommander à ses amis !

Facebook Twitter G+ Email



L'offre

- 3 séances (première séance complète) de lifting par acupuncture
- Une attention spéciale au visage
- Pour vous laisser relaxer, pour vous détendre
- Un rituel qui fait voir
- Votre soin sera accompagné d'un massage du visage et du cou

Les conditions

- Valable jusqu'au 31 octobre 2011
- 1 bon minimum par personne et par ville
- Sur FTDV **VALIDÉ** (promotion 24h limité)

- la « commerciale casseuse de prix » ayant amené en Belgique en août 2011 la loi Tilmans (dont on reparlera dans notre travail) du domaine ordinal.

Inédit ! Offrez-vous enfin la poitrine de vos rêves pour 2 499 euros au lieu de 5 430 en clinique esthétique privée, payable en 2 fois

Acheter !

Montant : 2 499,00 €

Économisez : 54% Économisez : 2 931,00 €

Début le 20 août 2011

Pour profiter de ce deal, il vous reste :

15 22 01

Déjà 4 acheteurs !
Profitez-en aussi !

Recommander à un ami !

Facebook Twitter Email



L'offre

- Augmentation instantanée (sans douleur) de 4cm de poitrine
- Possibilité de qualité et intervention de chirurgie esthétique réalisée par des chirurgiens expérimentés
- Deux interventions totales
- Avant ou après 30 jours de votre date de chirurgie (première date de prise)
- Avant la chirurgie, vous recevrez une attention spéciale gratuite de soin
- Votre retour de chambre
- Vous recevrez le soin et l'attention de tout le personnel de la clinique
- Vous pouvez également reprendre vos activités
- Soins post-opératoires par votre chirurgien opérant dans le pays
- Du lundi au samedi de 9h à 19h
- Réservations, vous pouvez à la clinique via internet le formulaire de prise de rendez-vous

Les conditions

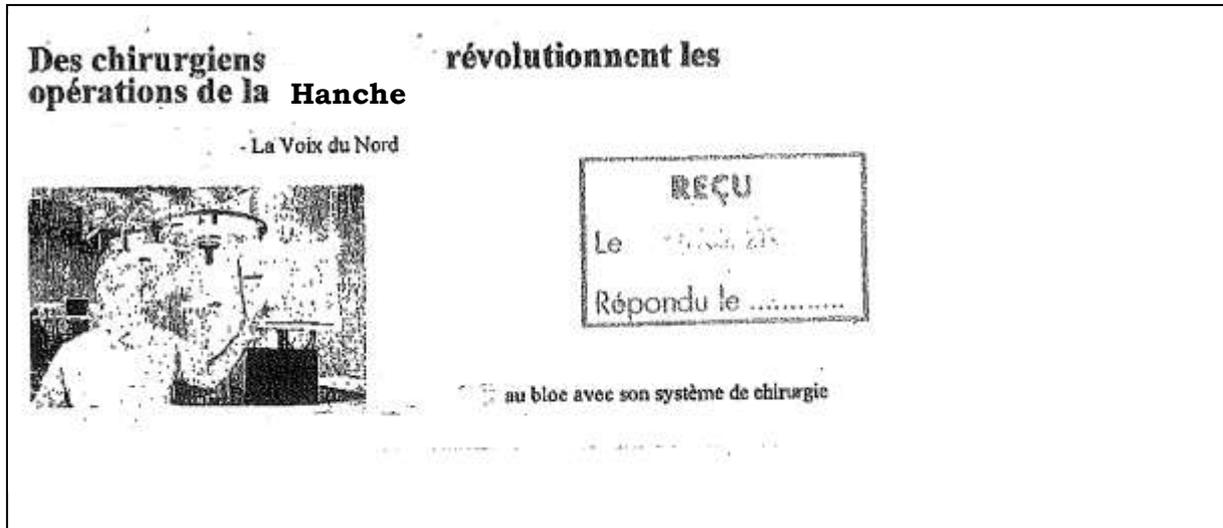
- Valable jusqu'au 31 octobre 2012
- 1 bon par personne et offre limitée aux réserves
- Entretien médical obligatoire par médecin
- L'intervention est réalisée par un chirurgien expérimenté et agréé par l'Ordre des Médecins
- Le prix inclut toutes les interventions et l'intervention est effectuée dans le pays
- Valable sur place (pas d'autres agences agréées ailleurs) (10 ans)
- Sur rendez-vous au 0220 20 81 48 74 (selon disponibilité, réservation 48h à l'avance)
- Prix d'intervention : 5490 €
- Offre personnelle et série limitée
- Pour toutes les questions, nous sommes à votre disposition, adresse à Bruxelles
- Pour toutes les questions, contactez le service client de Groupon
- Disponibilité des paiements
- Belgique
- Payez, et payez en C2E
- 24h/24h
- Ce deal, une promotion digitale d'été sera disponible en contactant le 0220 1 81 48

GROUPON SHOPPING

GROUPON VOYAGES

Journal régional

- la « racoleuse » parlant d'une technique unique et nouvelle sur les malades pratiquée, à priori, par d'autres confrères locaux.



- la « Business Plan » : les pages jaunes de l'annuaire où certains confrères moyennant émoluments de leurs établissements apparaissent en tête de leurs spécialités sur la formule papier ou dans le 1^{er} bandeau des pages de recherche internet ; le Conseil National de l'Ordre des Médecins ayant déjà réagi dans le cadre de l'article 19 du code de déontologie.
- la « loyale » où un établissement demande l'avis du Conseil Départemental de l'Ordre pour une information à transmettre aux confrères.

Monsieur le Secrétaire Général,

Je me permets de vous solliciter puisque notre groupe aimerait rédiger une revue médicale à destination des médecins traitants et y intégrer des noms et coordonnées (téléphoniques et emails) de médecins.

Déontologiquement et juridiquement, est-ce possible ?

A la lecture de l'article 19 du Code de déontologie, cela me semble juridiquement compromis. De plus, on pourrait considérer que cette revue médicale est assimilée à un tract publicitaire comme le stipule l'article 13 du Code de déontologie médicale. Nous sommes à la frontière publicité-communication...

Pourriez-vous me confirmer ce point ?

Je vous en remercie par avance.

Cordialement.

- la « naïve » où le confrère veut faire sa publicité et demande au Conseil Départemental de l'Ordre comment s'y prendre.

5930

le 22/10/17

Monsieur le président du conseil
départemental,

Suite à la publicité ci-jointe pour
l'installation d'un cabinet médical,
je serais très heureuse de bénéficier de
cet avantage pour développer mon activité
de pharmacopsyciatrie et de contactologie
dans le cadre de mon cabinet de
et de mon activité chirurgicale à la
clinique de . Pourriez-vous me
préciser les nouvelles règles (1 ou 2 pages
avec photos...) de publicité que vous faites
bénéficier la population de mes prestations
professionnelles ?

Bien cordialement



Plus toutes les « cuvées » des confrères passant dans les journaux volontairement ou à l'insu de leur plein gré, dans les médias radios et télévision, ou ayant des sites internet plus ou moins racoleurs.

Dans tout cela, nous, conseillers ordinaires, avons quelquefois des difficultés à différencier l'information d'un racolage ou d'une publicité sanctionnée par notre Code de déontologie.

En France, nous avons des difficultés, qu'en est-il de l'Europe ? Nous nous sommes intéressés à nos voisins des Pays-Bas et de Belgique pour connaître leurs pratiques.

2. Que se passe-t-il chez nos voisins belges et bataves en termes d'information médicale vis-à-vis du public ?

Aux Pays-Bas

Il n'existe pas de Code de Déontologie à proprement parler. Le KNMG (association médicale royale néerlandaise) édicte des directives donnant des lignes de conduite pour les médecins.

Dans la Directive II-01 de 2002 est évoqué au titre V la publicité et le médecin :

- V.1 : la publicité pour et par les médecins est autorisée si elle concerne des faits réels, vérifiables et compréhensibles.
- V.2 : le médecin cependant n'est pas autorisé à communiquer les données personnelles de ses patients en dehors de leur consentement.

La réglementation est donc très laxiste, de plus les médecins hollandais ont un large pouvoir d'appréciation du respect de ces règles ; toutefois ils sont toujours tenus de justifier leur comportement s'ils s'en écartent.

Cela amène une utilisation large de la publicité dans les journaux, les médias, et on m'a donné comme exemple la pratique régulière de propositions à la télévision néerlandaise, type un DVD offert pour une opération de chirurgie esthétique, ce qui paraît chez nous des pratiques un peu lointaines.

En Belgique

Il existe un Code de déontologie avec des pratiques plus proches des nôtres mais avec des évolutions récentes (loi Tilmans du 06/07/2011) limitant les excès.

- Le 15/08/2011 la loi Tilmans est entrée en vigueur, réglementant l'information relative aux actes d'esthétique médicale suite à des excès (site Groupon en Belgique). Ainsi l'information dans ce cadre est autorisée, à condition qu'elle soit conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire ; elle ne peut être trompeuse, comparative et ne peut utiliser d'arguments financiers.

En cas d'infraction, les faits peuvent être punis de 8 jours à un mois d'emprisonnement et de 250 à 10 000 € d'amende.

- Le Conseil National belge dans son bulletin n° 134 de septembre 2011, à la suite de nombreuses réactions par rapport à des émissions de télé-réalité, d'articles de presse, de sites internet, a donné des recommandations :
 - Information pertinente, vérifiable, discrète et claire, ni trompeuse, ni comparative.

- Prévenir le Conseil provincial préalablement à toute participation aux médias sauf urgence.
- Eviter les titres d'émissions racoleurs et les séries d'articles ou d'interviews (plutôt un article ou interview en une fois).
- Possibilité d'un droit de réponse si on juge un article ou une émission racoleuse.
- Vérifier, si des patients participent à une émission, que leur image ou le respect de leur vie privée aient été évalués avant.

On voit ainsi qu'on désire trouver de nouvelles règles par rapport à l'influence grandissante des médias.

3. Chez nos confrères chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires, qu'en est-il des possibilités d'information au public ?

Les chirurgiens-dentistes

La profession dentaire suit les mêmes règles que la nôtre et tout procédé direct ou indirect de publicité est interdit (art. R. 4127-215 du Code de la Santé Publique).

Les pharmaciens

Un certain nombre de règles déontologiques sont voisines de notre profession :

- Elle ne doit pas porter atteinte au libre choix du malade (art. R. 4235-21 du Code de Santé Publique).
- L'information doit être véridique, loyale et formulée avec tact et mesure (art. R. 4235-30 du Code de Santé Publique).
- Il lui est interdit de solliciter la clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de la profession (art. R. 4235-22 du Code de la Santé Publique).

Mais les pharmaciens ont droit à une certaine forme de publicité restrictive :

- Pour les médicaments non remboursables ou l'offre de cadeaux ou échantillons de valeur négligeable (art. R 5125-28 du Code de la Santé Publique).
- Pour la signalisation.
- D'informer le public de l'existence de remises pour des produits de parapharmacie.

Néanmoins, l'information ne doit pas inciter le public à une consommation abusive de médicaments ; la publicité pour les médicaments remboursables est interdite ainsi qu'au niveau du corps médical.

Actuellement, l'évolution de l'information dans le cadre de la prévention (bilan lipidique, prise de TA, conseil diététique) et l'éducation thérapeutique par la loi HPST amène un certain nombre d'interrogations sur qui fait quoi dans la diffusion de l'information médicale et, de ce fait, n'encourage-t-on pas un prosélytisme vers les officines de pharmacie ?

Les vétérinaires

Hormis le fait qu'il puisse signaler son cabinet professionnel, le vétérinaire dans sa communication doit transmettre une information loyale, scientifiquement étayée ; il ne doit pas induire le public en erreur, abuser sa confiance ou exploiter sa crédulité (évidemment pas pour les animaux mais pour leurs propriétaires) (art. R. 242-35 du Code Rural).

Au total, nous voyons que dans un certain nombre de professions de santé médicale avec des variantes spécifiques à l'activité (médicaments par exemple), le « basique » reste le même.

4. Chez l'utilisateur de santé, où peut-on aller dans l'information avec les nouvelles TIC (Techniques d'information et de communication)

L'information en général évolue dans de nouveaux « tuyaux » (réseaux sociaux, facebook, twitter, plateforme d'information et de discussion sur le net, blog et microblog, chat et forum) et l'information médicale en est une des premières utilisations.

Nous ne pouvons ignorer ces évolutions, ni les bloquer. Au contraire, il faut les aider à trouver un cadre qui soit acceptable avec la déontologie.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, sous l'égide de Jacques LUCAS, a réfléchi à cette évolution sur le WEB en évitant que celui-ci ne devienne un espace de non droit médical et qu'il reste dans la fonction d'information claire (si utilisation de pseudonyme par le médecin, il doit le déclarer à son conseil), loyale (un usage responsable des médias sociaux, blogs et forums, au service de la relation médecin-patient et appropriée (si le médecin se présente sur la toile en tant que connaisseur professionnel du sujet, il doit s'exprimer dans un langage compréhensif et sans équivoque)

Reste les nombreuses interrogations :

- D'évolution dans les certifications de site de santé type HON.
- La confidentialité dans l'échange.
- Les dérives publicitaires de certains sites en particulier extra-territoriaux.

L'internet est maintenant un espace de parole et d'information comme le café du commerce et la salle d'attente d'antan le jour du marché. Le médecin l'utilise comme les autres usagers, à lui de surveiller son image et ses dires de manière à ne pas déconsidérer sa fonction.

5. Proposition et Petit Bréviaire d'une NIM (Nouvelle Information Médicale)

7 conseils

- Tu devras veiller aux répercussions de tes propos auprès du public, à ton image (demander toujours une relecture de tout article rédigé sur toi).
- Tu auras présent à l'esprit que la communication nécessite une formation (à la Faculté ?)
- Tu te garderas d'un excès de confiance en tes facultés personnelles et de dérapages dans les médias (surtout presse écrite et télévisuelle directe ou internet).
- Tu éviteras les distributeurs de livrets, tracts, annonces dans les journaux, les annuaires directement ou indirectement (organisme, établissement où l'on travaille avec obligation que ceux-ci n'utilisent pas ton actualité ou ton nom à des fins publicitaires, à faire figurer dans le contrat d'exercice).
- Tu vérifieras que ton information a été évaluée, validée et est compréhensible.
- Tu donneras en réunion la liste des organismes, laboratoires pharmaceutiques avec lesquels tu auras fait des travaux ou expérimentations (conflits d'intérêts).
- Tu retireras de ta pensée le dénigrement de tes confrères dans une information comparative.

2 règles d'or pour apprécier le caractère publicitaire

- La volonté publicitaire utilisant l'information comme prétexte.
- La notion de proportionnalité lorsque, dans le message transmis, l'impact publicitaire submerge l'information médicale elle-même.

1 réflexion

Nous ne pouvons plus tout interdire en prétextant la publicité et, puisque nous sommes dans l'Union Européenne, il va falloir s'inspirer de nos voisins (sans leurs excès) pour trouver de nouvelles règles du passage de l'information médicale avant de se faire déborder par des groupes d'influence, médias ou web.

6 – Réflexions

Dr Bernard DECANTER

PROBLÈMES de la RESPONSABILITÉ

Enfin il nous faut évoquer les notions de responsabilité. Le médecin accepte de prendre en charge et de traiter un patient. Ce dernier signe sa déclaration du choix du médecin traitant. Le médecin devient donc responsable de la communication, du suivi et du traitement. Le problème se complexifie en cas de prise en charge multi disciplinaire. Les réunions décisionnelles sur le suivi oncologique d'un patient ne comprennent jamais la présence du médecin traitant. Celui-ci doit parfois annoncer des décisions, et les appliquer, donc en devenir un peu responsable sans donner son avis sur les décisions. Certes il est juridiquement couvert, mais le processus pourrait être amélioré.

Une autre difficulté peut être évoquée : si un patient estime que sa situation n'est pas satisfaisante après une intervention ou un traitement, et qu'il souhaite soit un nouveau traitement, ou une nouvelle intervention chirurgicale pour améliorer son état, l'absence de résultat de ces derniers est-il sous la responsabilité de l'état primaire ou du nouveau traitement ?

La communication dans ces situations particulières pose de nombreux problèmes

CONNAISSANCE ET RECONNAISSANCE

La connaissance est une notion que le médecin est censée avoir acquise dans le domaine de la santé. Son diplôme atteste d'un niveau d'étude qui lui permet de soigner ses patients. Si on regarde le dictionnaire, le mot connaissance signifie au sens propre : le fait de connaître, d'avoir des compétences dans un domaine, le savoir, avoir une information. Si la théorie est acquise à la sortie de la faculté, la pratique est différente, les stages auprès des praticiens améliorent la situation, mais ne sont pratiqués que pour les spécialistes en médecine générale. Il existe une forte disparité entre les connaissances des différents médecins, elle est modifiée par le suivi et les formations que peuvent suivre les médecins. Elles sont théoriquement obligatoires depuis 1996 mais non appliquées.

En termes littéraires la connaissance est synonyme de compétences, compréhension, expérience, et savoir.

Cependant on peut reprendre la phrase de Bertrand RUSSEL : « *Ce que les hommes veulent en fait ce n'est pas la connaissance, c'est la certitude* ». Dans le domaine médical, le patient souhaite une information, principalement sur son état, mais aussi sur son avenir. La connaissance que l'on peut lui apporter doit lui permettre d'accepter parfois des situations difficiles. Il existe parfois un écart énorme entre

cette connaissance apportée et la reconnaissance par le patient. Le but de notre communication est de nous rapprocher de ce principe. Je vous rappelle la définition du mot reconnaissance : faire admettre la légitimité de quelqu'un ou de quelque chose. Elle détermine également la capacité de retrouver une personne ou une situation antérieure. Il a pour synonyme : engagement, obligation. C'est tout le sens de la consultation médicale.

7 - Conclusion et Propositions

Dr Bernard DECANTER

En conclusion de ces différents chapitres, on peut rappeler que l'information du patient a beaucoup évolué dans le temps. Nous sommes passés d'un mode paternaliste autoritaire, dans lequel le Docteur était le seul à avoir la connaissance. Il affirmait une pseudo vérité parfois valable, mais aussi parfois erronée. Personne ne contestait cette situation dans la majorité des cas. En 1947 le code de déontologie va encore dans ce sens : il était écrit : un médecin doit s'efforcer d'imposer sa décision.

Si dans la pratique, les médecins ont toujours prodigué une information assez satisfaisante à leurs patients, depuis 30 ans. En 1995 le code prévoit déjà une information loyale, claire, et appropriée (Art 35). Aujourd'hui l'obligation d'information s'impose, en temps que condition du recueil du consentement éclairé. Cependant cette information n'est pas sans limite, et ces limites s'inscrivent dans 2 cadres : celui de l'intérêt du patient en lien direct avec l'information et celui des devoirs particuliers du médecin.

La lecture des lois que nous avons reproduites montrent bien la complexité du législateur. Le législateur a accéléré l'évolution naturelle en apportant des règles qui dépassent parfois leur orientation de base. Les principes de précaution, qui dépassent leurs objectifs, en sont des exemples frappants. Il existe dorénavant des droits et des devoirs pour chacun.

Que se passe-t-il dans une consultation ? Il faut donner au patient des renseignements clairs et compréhensifs, tout en s'adaptant aux conditions de chacun. Cela reprend l'article 68 du code de déontologie. L'écrit a une grande importance, même actuellement. La diffusion des informations aux patients est devenue une obligation. Le dossier médical peut être réclamé par un patient à tout moment.

Dans cet exposé, il faut retenir les difficultés de cette information.

- Est-elle donnée correctement ?
- Comment les médecins s'adaptent-ils en fonction des patients ?
- Cette information est-elle comprise par le patient ?

Ce dernier, dans bien des situations, n'entend que ce qu'il a envie d'entendre et ne comprend qu'une infime partie de notre charabia médical. La partie négociation devient importante mais elle est perturbée par la non-compréhension. Cela entraîne un certain nombre de difficultés pour le médecin. Si cette information est trop technique le patient ne comprend rien et peut s'orienter vers un déni très négatif, tout en répondant oui aux questions du médecin !!! Cela aura pour répercussion une mauvaise acceptation, une prise en charge aléatoire et à long terme une

impression de mauvais suivi. La conclusion logique est la majoration des plaintes dues à l'incompréhension.

Il faut retenir cependant l'importance de la relation directe de la consultation. Comme Alex Mozar et Isabelle Gautier nous nous l'ont expliqué. Le médecin doit établir une relation, qui n'est pas une relation de prestataire. Nous avons la rencontre de deux consciences. L'information n'est pas sans limite, elle a pour objectif de fournir au patient les éléments qu'il a besoin d'entendre. Le médecin doit s'adapter à la personnalité de chacun. Il doit également maîtriser ses émotions, et s'assurer de la compréhension de ses annonces. Il est donc utile pour le médecin de maîtriser les techniques de communication pour mener à bien cette consultation qui doit garder des objectifs très importants : comprendre le patient, élaborer un diagnostic, proposer un bilan en le justifiant, puis un traitement. Isabelle GAUTIER nous a évoqué à juste titre l'apparition d'un malaise identitaire par ces modifications des relations. La surinformation de certains patients ne peut qu'aggraver cette situation.

Certaines situations empêchent une bonne information : c'est le cas des personnes incapables de recevoir celle-ci tels les enfants, les handicapés, les personnes déficientes mentales ou en fin de vie.

Il est important que le médecin s'adapte à ces situations particulières, car les obligations légales sont strictes, et la relation de confiance doit être assurée vis-à-vis du patient, quel que soit son âge, mais aussi vis-à-vis de son entourage : présence des deux parents pour les mineurs, personne de confiance pour les majeurs. Les modifications juridiques entraînent une information différente : la jurisprudence a progressivement précisé le contenu et l'étendue de l'obligation d'information, fondant cette obligation d'information sur les notions de contrat médical et de la dignité de la personne. En 2006 est apparue la notion de perte de chance. En 2010 la carence de l'information médicale devient un préjudice autonome, indépendant de la perte de chance.

Pour assurer ces pratiques Jean-Alain CACAULT pose les vraies questions : Le médecin est-il compétent ? Est-il expert ? Peut-on le recommander ? Il nous évoque les compétences de l'informateur. Sont-elles basées sur des « on dit » ou sur une compétence valorisée. L'aura médicale est une chose complexe, elle est plus souvent basée sur les commentaires de chacun, que sur la liste des diplômes affichés. Si le médecin sait promouvoir son action, ses choix et orientations thérapeutiques seront facilement acceptés et reconnus par ses patients. La méthode pour en arriver là est elle enseignée actuellement : la réponse est non.

Nous allons également évoquer les difficultés de cette relation patient-médecin notamment dans les difficultés de l'orientation du patient vers un spécialiste. Le libre choix du patient et du médecin est-il respecté ?

Le médecin a le devoir d'orienter les patients vers des spécialistes. Il est fréquent que nous soit demandé leurs qualifications : qui est le meilleur ? Le rappel de leurs valeurs est un élément primordial pour rassurer le patient. Dans nos conseils départementaux, nous sommes régulièrement sollicités pour des questions

similaires. Nous ne pouvons déontologiquement répondre à ces demandes, par des listes avec connotations de classement, mais une précision, publiée, des capacités de chacun, comme l'a expliqué Bertrand LERICHE, la compétence de l'informatrice serait intéressante à connaître. On peut espérer que les récents décrets du DPC puissent améliorer ces situations. Les patients exigent la compétence des praticiens qui les soignent

Il faut évoluer dans l'information du public dans les médias et ne pas se limiter à un dilemme : information ou publicité. L'évolution européenne nous obligera probablement à poser de nouvelles orientations, et l'établissement de nouveaux principes, par le Conseil de l'Ordre, serait un objectif raisonnable pour conseiller les confrères de terrain qui nous interrogent régulièrement sur le thème : que faut-il dire aux médias pour ne pas se faire taxer de publicité contraire à notre déontologie ?

On constate que le libre choix du patient envers son médecin pose également des problèmes. Certaines spécialités, comme l'oncologie, ne laissent que peu de choix aux patients. De nombreux médecins travaillent en réseaux, une fois introduit dans une chaîne, en cas de désaccord, on ne change plus un médecin, mais toute la chaîne. Dans ces situations la relation et la communication peuvent devenir difficiles et délicates.

Dans un second temps les traitements envisagés sont décidés en réunions multidisciplinaires, sans l'avis du patient, ni du médecin généraliste. Ce dernier doit annoncer, convaincre et programmer une proposition pour laquelle il n'a pas été sollicité, et n'est pas toujours d'accord. Des solutions devraient être recherchées pour réduire ces limitations d'information. Les médecins traitants devraient donner leurs avis avant et après les réunions de RCP.

Une question se pose de plus en plus dans nos conseils : les médecins ont-ils le droit de faire de la publicité ? Jean-François RAULT nous a fait un rapide exposé entre un acte professionnel ou un acte commercial. Si la législation française est actuellement assez stricte, il n'en est pas de même chez nos voisins : les Pays-Bas ou la liberté est grande, et la Belgique. Ces derniers ont voté en août 2011 la loi Tilmans, réglementant l'information sur les actes de chirurgie esthétique. L'évolution de l'Europe poussera à uniformiser nos points de vue dans le temps. L'interdiction totale sera sans doute à revoir. Une législation est à étudier. Jean-François RAULT nous a proposé un petit bréviaire des nouvelles informations médicales

Les médecins pratiquent de plus en plus de conseils téléphoniques, ou par courriels, cette relation augmentera dans le temps. Cet « acte » doit être légalisé et pris en compte par nos organismes de tutelle. C'est déjà en partie le cas des médecins régulateurs de PDS. Il pose le problème d'une pratique particulière : le patient n'est pas vu, (la webcam est rare) il annonce des signes selon son intuition, ou répétant l'avis d'une autre personne, la vérification est impossible, même par la technique des mots clés. Sur cette situation le médecin doit prendre une décision. Les internautes seront tentés de prendre plusieurs avis avant de se décider. Les

médecins essayeront, de leur côté, de se couvrir au maximum, en demandant de multiples examens complémentaires, dont le coût sera exponentiel. Malgré cela les erreurs peuvent être nombreuses, et aux conséquences lourdes.

Il semble donc logique d'améliorer :

- Les actes de télémédecine se multiplient, mais à ce jour ils n'ont pas de reconnaissance implicite. Il est nécessaire de préciser les limites de ces actes, principalement en dehors des actes techniques. Il est probable qu'ils se développeront dans le temps. Une réflexion sur ce sujet doit être approfondie au delà de ce qui est fait à ce jour.
- La formation des médecins au niveau de la communication, dans leurs pratiques médicales.
- Il faut également prévenir les détresses professionnelles des médecins. Le développement des groupes de pairs peut être une solution. Il sera validant dans le DPC.

Tout cela explique la difficulté de notre relation médecin-patient et l'importance de la communication orale dans notre pratique. Malheureusement cette pratique est peu usitée durant nos études médicales. Après ses études le médecin plonge au cœur de la souffrance de ses patients. Il identifiera, au gré des aléas, sa propre souffrance et améliorera au fil des temps ses aptitudes pour mieux communiquer.

Certes les médecins généralistes apprennent cette communication dans leurs stages auprès du praticien en 2° et 3° cycle, mais ces stages n'existent pas dans les autres spécialités. Une formation à l'animation serait utile dans le 2° cycle des études. La pratique de jeux de rôles, de consultations simulées ou même des formations directes à l'animation : techniques de reformulation, jeux d'animation, sont des moyens tout à fait réalisables durant les études, et déjà pratiqués dans certaines facultés.

Cependant il faut se rappeler que les techniques de communication ne sont que des moyens qui facilitent la communication, pour arriver à ce qu'Hippocrate avait annoncé : **Guérir, parfois ... Soulager, souvent... Consoler (accompagner) toujours.**

ANNEXES

Annexe 1

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (décrets d'application publiés, opérationnel à partir du 1er janvier 2012)

LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'ACCREDITATION des MÉDECINS

1. LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU - DPC

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation médicale continue (FMC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu (DPC) applicable à l'ensemble des professions de santé.

Le DPC a été adopté en juillet 2009 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Les décrets d'application ont été publiés au JORF le 30 décembre 2011, pour application le 1er janvier 2012.

Le DPC a pour objectifs :

- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- le perfectionnement des connaissances,
- l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins,
- la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'idée est notamment de faire progresser la qualité et la sécurité des soins en analysant l'exercice professionnel du praticien, ses résultats par rapport à des recommandations de bonnes pratiques, puis en mettant en œuvre des actions d'amélioration.

Le mécanisme est d'aider le médecin à évaluer son activité de façon critique en analysant les éventuels échecs, dans le cadre d'une autoévaluation. Ensuite il sera proposé des possibilités de correction, d'actions d'amélioration, le tout étant effectué par des médecins de spécialité équivalente, avec l'objectif d'une meilleure adéquation des actes à la réalité du terrain et moyens économiques, définissant ainsi la pertinence des actes.

Désormais, le médecin satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de développement professionnel continu validé, annuel ou pluriannuel.

Ces programmes peuvent associer des médecins de même spécialité ou de spécialités différentes, mais aussi d'autres professionnels de santé. Il n'est plus question de points, de crédits, d'actions de formation ponctuelles : le DPC s'inscrit dans une démarche collective et continue.

Tous les médecins sont soumis à l'obligation du DPC, quel que soit leur statut : libéral, hospitalier, salarié... Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins d'une part ont mission de s'assurer que tous les médecins inscrits soient informés du caractère obligatoire et immédiat du DPC.

Les conseils départementaux ont également une mission de contrôle du DPC. Ils s'assurent, au moins une fois tous les cinq ans, que les médecins ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC, sur la base des attestations que leur transmettent les organismes de DPC. Si l'obligation de DPC n'est pas satisfaite, l'Ordre doit proposer au médecin un plan personnalisé d'accompagnement. Un médecin qui ne suivrait pas le plan serait en situation d'insuffisance professionnelle.

Effectué de façon régulière, ce développement professionnel devrait inclure la possibilité de changement d'orientation des médecins, l'acquisition de certaines spécialités,... Notamment dans des domaines plus adaptés à l'éventualité de maladie du praticien....

2. LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'article L. 6113-3 du code de la santé publique dispose que : "*...afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification...*".

La certification n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques. Elle ne note pas les professionnels de santé. Elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par la tutelle. Elle est une évaluation globale de l'établissement de santé, et non une évaluation de chaque service de l'établissement.

Cette procédure obligatoire tous les quatre ans, conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS), vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement : circuit du médicament, tenue du dossier médical, courriers de sortie, confidentialité, gestion des risques (ex D : check-list préopératoire....)

Faisant largement appel au corps médical, cette certification, lorsqu'elle est accordée sans réserve ou sous réserves mineures, constitue une preuve de son engagement en faveur de l'institution au bénéfice des patients et constitue pour celui-ci un élément de preuve de compétence collective sécuritaire.

3. L'ACCREDITATION (certification) des MÉDECINS

L'accréditation des médecins est une démarche de gestion nationale des risques médicaux, organisée par spécialité, volontaire, concernant tous les médecins exerçant une spécialité ou une activité médicale « à risque » en établissement de santé et dont l'objectif est de prévenir ou limiter les conséquences des événements indésirables médicaux.

Un organisme fédérateur unique par spécialité, agréé pour l'accréditation, existe dans presque toutes les spécialités concernées. Chaque organisme définit la stratégie nationale de gestion des risques valable pour la spécialité toute entière dans toutes ses composantes, traduite par un programme de réduction des risques.

Ces programmes comprennent les exigences applicables aux médecins de la spécialité et comportent :

- le nombre d'évènements porteurs de risque (EPR) ciblés et non ciblés à déclarer annuellement, ainsi que leur description ;
- les recommandations de la spécialité à mettre en œuvre ;
- les activités d'accompagnement et de surveillance des risques de la spécialité à réaliser.

L'accréditation des médecins peut être considérée comme une démarche de DPC dans la mesure où elle associe le principe de retour d'expérience, une actualisation des connaissances et des évaluations des pratiques.

Quelle que soit sa spécialité, un chirurgien ou un médecin pratiquant des actes invasifs sait que ceux-ci peuvent avoir des conséquences plus ou moins dommageables sur le patient. Toute intervention chirurgicale comporte des risques. S'engager dans une démarche d'accréditation, c'est accepter d'identifier ces risques et de travailler à les rendre évitables. La démarche d'accréditation puise sa force sur le retour d'expérience entre pairs. Elle permet de développer une culture de gestion des risques au sein de la communauté médicale et de promouvoir la sécurité des soins.

L'accréditation pour les médecins bénéficie au chirurgien, au spécialiste, à l'équipe mais aussi, bien évidemment et en tout premier lieu, au patient. Elle contribue en effet à améliorer la qualité et la sécurité des soins par une prévention des accidents. Elle constitue une grande avancée en termes de culture de gestion des risques cliniques.

Notifiée par la HAS à l'Agence Régionale de Santé, cette certification individuelle est publiée sur le site de l'ARS, accessible à tous, comme l'est d'ailleurs la notification de certification des établissements de santé.

Cette transparence des notifications d'accréditation est la garantie que la démarche d'évaluation de la compétence d'un praticien a été loyale : elle doit suffire à rassurer le patient à la veille d'une intervention, elle permet de conforter le spécialiste dans l'évaluation de sa compétence.

Noter l'importance des réunions de morbidité et mortalité (RMM) qui sont en pratique des formes d'auto-évaluation collective régulière et qui bien encadrées et bien préparées sont de remarquables outils d'analyse rétrospective et de gestion des risques.

Annexe 2

Liste des spécialités concernées par le dispositif d'accréditation des médecins

L'article D.4135-2 du Code de la Santé Publique précise les conditions d'exercice concernées par le dispositif :

« Art D.4135-2. - Peuvent demander à être accrédités les médecins ou équipes médicales exerçant en établissements de santé ayant une activité d'obstétrique, d'échographie obstétricale, de réanimation, de soins intensifs ou exerçant l'une des spécialités suivantes :

- 1° Chirurgie générale ;
- 2° Neurochirurgie ;
- 3° Chirurgie urologique ;
- 4° Chirurgie orthopédique et traumatologie ;
- 5° Chirurgie infantile ;
- 6° Chirurgie de la face et du cou ;
- 7° Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, ou chirurgie maxillo-faciale ;
- 8° Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ;
- 9° Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
- 10° Chirurgie vasculaire ;
- 11° Chirurgie viscérale et digestive ;
- 12° Gynécologie-obstétrique, ou gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique ;
- 13° Anesthésie-réanimation ;
- 14° Réanimation médicale ;
- 15° Stomatologie ;
- 16° Oto-rhino-laryngologie ;
- 17° Ophtalmologie ;
- 18° Cardiologie ;
- 19° Radiologie ;
- 20° Gastro-entérologie ;
- 21° Pneumologie.

Pour les spécialités mentionnées de 15° à 21°, seuls les médecins exerçant une activité chirurgicale ou interventionnelle peuvent demander à être accrédités.

Les médecins d'une même spécialité constituant une équipe médicale peuvent, conjointement, présenter une demande d'accréditation. Dans ce cas, l'accréditation est délivrée à chacun des médecins composant l'équipe médicale.

Jurisprudence

CLEMENT (C.), « Le médecin, son devoir d'information et le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité », *Petites Affiches*, 6 déc. 2001, p. 15.

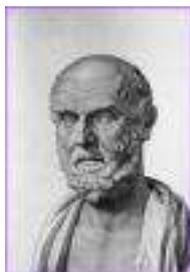
1. Première chambre civile de la Cour de cassation
2. Civ., 26 mai 1936, DP 1936.1.88, rapport Josserand, concl. Matter
3. Cass. Req., 28 janvier 1942, Teyssier (Gaz. Pal., 62, 1942, 1, p. 177 ; D. 1942, p. 63) ;
4. Cass. civ., mercier, Cass. civ., 6 mars 1945, Clinique Sainte-Croix (D. 1945, juris., p. 217)
5. Cass. civ. 14 mai 1945, D. 1945-287 note DESBOIS H., JCP 1945.III, 2835 note RC, S, 1945. 1. 101, note BATTIFOL H., COLOMBET, « Propriété littéraire et artistique », 4ème ed. p. 152, n° 133
6. Cass. 1re civ., 29 mai 1951, Bull. civ. I, n° 162 ; D. 1952, 53, note R. Savatier ; S. 1953, 41, note R. Nerson
7. Dame veuve Trompier-gravier, Cass civ., 1er, décembre 1953
8. Cass. Civ. 12 juin 58, J.C.P., 1959 II, 10940, note A. Chavanne
9. Cass. civ. 1ere, 12 fév. 1963, Bull. Civ. I, n° 98
10. Civ. 1er, 19 mars 1978, B. civ. I, n° 127
11. Cass. civ., 29 mai 1984
12. Cass. Civ ; 1ère, 20 mars 1985, B. 1985. 1, n°102, à propos d'une compagnie d'assurance.
13. Cass. civ. 1er , 7 fév. 1990, Bull. civ. I, n° 39 ; D. 1991, Somm. 183, obs. J. Penneau ; R.T.D. civ. 1992 109, obs. P. Jourdain
14. Cass. civ. 9 juin 1993, Bull. civ. I, n° 214 ; R.T.D. civ. 1996, 166, obs. J. Mestre
15. Cass. Civ. 1ère, 5 nov. 1996: Bull. civ. , I, n° 378 ; JCP 1997, II, 22805, note Ravanat et I, 4025, n° 2 et s. obs. Viney ; D. 1997, 403, note Laulom et [somm. Com.](#) 289, obs. Jourdain;
16. Cass. civ 1ère , 25 févr. 1997, Hédreul, JCP 1997, éd. G., I, 4025, n° 7, obsv. G. Viney ; JCP 1997, éd. G., II, 22492, rapport P. Sargos. Contrats, conc. consom. 1997, chron. 5, L. Leveneur ; Resp. civ. et assur. 1997, chron. 8, C. Lapoyade-Deschamps ; P. Sargos, Modalités, preuve et contenu de l'information que le médecin doit donner à son patient. Méd. droit Info. Ethique Juridique Prat. 1997;27:1-3 ; G. Mémeteau. Devoir d'information, renversement de la charge de la preuve. Méd Droit 1997;24:6 ; L. Dubouis, Rev. dr. san. et soc. 1997, 288.
17. Cass. 1ère civ., 25 février 1997, n° 94-19685, Hedreul c/Cousin (Gaz. Pal. 27-29 avr. 1997, p. 13, rapp. M. Sargos, Contrats, conc., consomm. 1997, Chron. n° 5 L. Leveneur ; Defrénois 1997, p. 751, obs. J.-L. Aubert; JCP 1997, I, n° 4025, obs. G. Viney; RTD civ. 1997, p. 434, obs. P.

Jourdain et p. 924, obs. J. Mestre ; D. 1997, Somm. P. 319, obs. J. Penneau) ;

18. Cass. civ. 1ère, 18 mars 1997., n° 95-12576 Bull., 1997 I N° 99 p. 65., Semaine Juridique, 1997-04-23 n° 17, p. 195, rapport P. SARGOS
19. Cass. civ, 1re 29 avril 1997
20. Cass. civ. 1ère, 18 mars 1997, *Audat et autres c/ Fortat et autres*, Bull. cass. I, n° 99, pp. 65-66 ; *Gaz. Pal.* 3-4 décembre 1997, pan. p. 17 ; Bull. 1997, n° 99, p. 65, pourvoi n° 95-12.576
21. Cass. 1re civ., 14 oct. 1997, JCP 1997, éd. G., II, rapport P. Sargos ; G. Viney, JCP 1997
22. Cass. Civ. 1ere, 6 janvier 1998, Bull. 1998, n° 3, p. 2, pourvois n° 96-16.721 et 95-19.902 Cass. 1re Civ., 12 janvier 1999, Bull. 1999, I, n° 18, p.12, pourvoi n° 96-20.580
23. Cass. Civ. 1re 17 février 1998, Bull. 1998, I, n° 67, p. 45, pourvoi n° 95-21.715
24. Cass. Civ. 1ere, 27 mai 1998, Bull. 1998, I, n° 187, p. 126, pourvoi n° 96-19.161 ; D. 1998, 530, note F. Laroche-Gisserot Cass. civ. 7 oct. 1998, Bull. civ. I, n° 280 ; R.T.D. civ. 1999, 83, obs. J. Mestre ; R.D.S.S.
25. Cass. 1ère civ., 7 octobre 1998, n° 97-10267 (JCP G 1998, n° 45, p. 1848 ; D. 11 mars 1999, n° 10, p. 45, note S. Porchy ; *Gaz. Pal.*, 17 juin 1999, n° 168, p. 63, note F.-J. Pansier et J.-B. Bladier)
26. Cass. 1ère Civ 13 avril 1999 n°97-16.171
27. Cass. Civ. 1er, 14 dec. 1999, concl. Av. gén. Cécile Petit: JCP 2000, II, 10241
28. Cass. civ. 1re., 18 juillet 2000, Bull. 2000, I, n° 227, p. 149, pourvoi n° 99-10.886
29. Cass. Civ 1ere, 14 mars 2000, Bull. 2000, I, n° 87, p. 58, pourvoi n° 97-21.581
30. Cass. civ. 1ère, 22 mai 2002, 00-16.305 (n° 707 FS-P+B) Cass. Civ. 1re, 9 oct. 2001, *Bull. civ.* 2001, n° 249 ; *RTDciv.* 2002, p. 176, note R. Cass. Civ. ; Bull. civ. I, n° 144 ; *AJ fam.* 2002.
31. Cass. civ. 1ère, 2 octobre 2002
32. Cass. civ. 1ère, 29 oct. 2002, RGDA2003.340, note J. Kullmann ; Bull. civ. I, n° 244 ; D. 2002, I.R. 3186
33. Cass. civ., 1ère, 13 novembre 2002, n° 00-22432 (Bull. civ. I, n° 263 ; D. 2003, p. 583, note S. Deis-Beauquesne ; JCP G 2003, II, 10096, note M. Billiau ; *Gaz. Pal.* 2003, p. 1000, note F. Chabas ; *LPA* 29 mai 2003, note Barbiéri)
34. Cass. 1ère Civ. 6 janvier 2004 n°01-15.357 et
35. Cass. Civ. 1ère, 13 janvier 2004, 01-16.823 (F-P), *AJ Famille* CO Editions Dalloz 2009
36. Cass. Civ. 1ère 9 févr. 2004, D. 2004.Somm.1633, obs. C. Caronet Jur. 2596, note C. Bigot

37. Cass. Civ. 1ère, 2 mars 2004, 01-00.333 (FS-P) ; Bull. civ. I, n° 69 ; AJ fam. 2004. 186, obs. Bicheron; D. 2004. IR. 1125 ; n° 02- 15.211, expertise, AJDI 2004 p. 745
38. Cass. civ. 1re, 15 juin 2004, no 02-12192 Bull. 2004, I, n° 171, p. 142, pourvoi n° 01-02.328 ; D. 2004.2682 note Duval-Arnauld
39. Cass. civ. 1ère 8 juill. 2004, D. 2004.2694 ; 23 sept.2004, RJPF 2004-12/18, obs. Putman ; 25 nov. 2004, D. 2004.3197 et les obs.), RTD Civ. 2005 p. 99
40. Cass. 1ère civ., 9 novembre 2004, n° 01-17908 (Gaz. Pal., janv. 2005, n° 27 ; LPA, 20 février 2006, n° 36, G. Faure, M. DauryFauveau, E. Revaux, F. Jamay, I. Callies, G. Guerlin, C. Manouil, I. Muller-Quoy ; JCP G 2005, II, 10020, note D. Duval-Arnauld, S. Prochy-Simon ; F. Vialla, « subordination ou indépendance », Rev. Droit & santé, 2005, n° 4, p. 103 ; RTD civ., 2005, p. 143, obs. P. Jourdain ; D. 2005, p. 143, note F. Chabas ; D. 2005, p. 407, note J.
41. Cass. 1ère Civ., 7 déc. 2004, n° 02-10957 Bull. civ. I, n° 302; D. 2005, Pan. 409, obs. J. Penneau
42. Cass. Civ.1ère, 21 février 2006, n° 02-19066 et
43. Cass. Civ. 1ère, 3 octobre 2006, n°04-20.416,
44. Cass. Civ. 1ère, 26 septembre 2006, Bull. 2006, I, n° 417, p. 359, pourvoi n° 05-11.906 ; Bull. civ. I, n° 417 ; D. 2006, I.R. 2414
45. Cass. civile 2, 22 novembre 2007, n° de pourvoi: 06-18250 Publié au bulletin ; Bull. Civ. I, n° 261 ; D. 2008. Pan. 510, obs. J. Penneau
46. Cass. civ.1ère, 6 déc. 2007, n° 06-19301 (Bull. civ., I, n° 380 ; D. 2008, juris. P. 192, note P. Sargos. L. Neyret, « La Cour de cassation neutralise l'obligation d'information de certains professionnels », D. 2008, chron., p. 804; RGDM 2008, n° 27, p. 376, note M. Girer ; Rev. Droit & Santé n° 22, mars 2008, p. 213, note K. Morel) note P. Sargos et Chron. 804 note L. Neyret
47. Civ. 1re, 16 oct. 2008, n° 07-15.778, Bull. civ. I, n° 230; D. 2008. AJ. 2726 ; RTD civ. 2009. 167, obs. R. Perrot.
48. Cass. Civ. 1ère, 11 juin 2009, n° 08-12742
49. Cass. 1re civ., 11 mars 2010, no 09-11270 : Gaz. Pal., 25 mars 2010, p. 10, I1042.« (É)
50. Cass. 1re civ., 3 juin 2010, no 09-13591 : X c/ Y et a.
51. Cass. 1re civ., 14 oct. 2010, PA201100306, Petites affiches, 05 janvier 2011 n° 3, p. 7
52. Cass. civ. 1ère, 25 novembre 2010, n° 09-69721, bulletin
53. Cass.civ 1ère, 3 juin 2010

Bibliographie



L'INFORMATION DU SOIGNÉ, UNE COMMUNICATION À SOIGNER

Remerciements

Isabelle MARINIER – Documentaliste CNOM

Jérôme CAYOL – Avocat, Associé

Lois

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- LOI HPST 1.1 Organisation des soins 1.1 articles 36, 38, 39, 40, 47
- Légifrance : Arrêt n° 573 du 3 juin 2010 (09-13.591) — Cour de cassation — Première chambre civile et commentaire de l'article 35 du code de déontologie révision en cours. Remarque : dans le secteur public, c'est l'ancien principe qui reste en vigueur : le défaut d'information engage s'il devait modifier l'acceptation des soins.

Ouvrages

Aaron T. BECK - La thérapie cognitive et les troubles émotionnels - Collection carrefour des psychothérapies éd. De Boeck - 2010

Jean LOMBARD Bernard VANDEWALLE - Philosophie pour les professionnels de santé éditeur Seli Arslan

Edward T. HALL « La dimension cachée », Edition du Seuil, Paris, 1971

Carl Ransom ROGERS – Le développement de la personne

M.P TAVOLACCI/J. LADNER, carnets de révision PAES UE7 Santé , société, humanité vol 1 SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES J Ladner P Gerardin etc. vol 2 santé publique MP Edition MALOINE 2010

Eric GALAM - L'erreur Médicale - Le Burn-out et le soignant - De la seconde victime au premier acteur - Springer Verlag France, Paris ,2012

Philippe BRETON - Convaincre sans manipuler - édition la Découverte 2008

M. BALINT - Le médecin, son malade et la maladie Paris: Payot (1973).

Serge TISSERON – « L'Intimité surexposée », paru chez Ramsay. – «L'empathie au cœur du jeu social, vivre ensemble ou mourir » Albin Michel – 09/2010.

Christophe ANDRE - Les ETATS D'AME un apprentissage delà sérénité Edition Odile Jacob 2009

Roland JOUVENT - LE CERVEAU MAGICIEN de la réalité au plaisir psychique Ed Odile Jacob 2009

Catherine PALEY-VINCENT - RESPONSABILITÉ du Médecin Mode d'emploi collection Droit Médical Pratique Edition MASSON

Jacques CORRAZE - Les communications non verbales PUF 6è édition juin 2001

Georges TCHOBROUTSKY - Les limites de la médecine L'Harmatan ,2006

JC LIEU - Comprendre les émotions en anesthésie-réanimation : collection Books e-Books édition Arnette 6/2010

MÉDECIN-MALADE FACE AUX EXIGENCES DE L'INFORMATION

Colloque organisé par l'Espace éthique de l'AP-Hp, avec la Faculté de médecine de Paris-Sud et le GREEB

Rapports du CNOM

Docteur Pierre HECQUARD - L'Éducation Thérapeutique 3 avril 2009

Dr François STEFANI - Informations dans la salle d'attente du médecin - 5 et 6 octobre 2000

Pr. Jean-José BOUQUIER - Du droit au consentement au droit au refus de soins 29 et 30 janvier 2004

Drs François STEFANI et Piernick CRESSARD - Mission d'information sur la révision des lois bioéthiques - Audition du 25 mars 2009

Dr Irène KAHN-BENSAUDE - Réflexions sur les soins donnés aux mineurs et loi du 4 mars 2002 - avril 2003

Jeudis de l'Ordre du 26 avril 2007 - Ethique de l'information médicale

HAS

HAS (annonce d'une mauvaise nouvelle) Fév. 2008

HAS (annonce d'un dommage lié aux soins) - Mars 2011 et dans ce rapport où nous avons représenté le CNOM parmi les annexes

Eric GALAM - écoute active, une approche philosophique de la relation d'aide (p.33)

Donata MARRA et Didier FRESSARD - Prise en charge des professionnels de santé, et en particulier des médecins (p. 35)

HAS Élaboration d'un document écrit d'information à l'attention des patients et des usagers de santé : (2008)

CNP

Ethique dans la pratique médicale – 1993 (page 48 et 49)
Information et Éducation du patient - 1999
Pratique médicale et identité culturelle - 2005
Vulnérabilité des phases successives de la vie - 2007
Les Médecins dans leur environnement - 2009
Signature – engagement personnel du médecin - 2011

Académie de Médecine

J. HUREAU – rapporteur - Commission XVII – Ethique et droit Groupe de travail sur « Signalement des événements indésirables en médecine – Protection juridique »

François-Bernard MICHEL, Daniel LOISANCE, Daniel COUTURIER et Bernard CHARPENTIER - Un Humanisme Médical pour notre Temps - 21/06/2011 - Groupe de travail et commission XV (*Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu Hospitalo-universitaire*)

Autres

Maître Bruno LORIT - L'information et le consentement aux soins du patient
Avocat à la Cour de Paris - Octobre 2008

Articles de périodiques

Docteur Virginie PEROTIN, Unité Mobile de Soutien et de Soins Palliatifs, Centre Hospitalier Universitaire Saint Eloi, Montpellier - Les enjeux de la parole médicale

Dr Françoise LAROCHE - Les mots, les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins - Revue du Rhumatisme 76 (2009) 522-528 - Publié par Elsevier Masson SAS.

M. SANTIAGO DELEFOSSE - Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques. Mardaga, édit., Sprimont (Belgique), 2002:80.

B.-M. DUPONT. *Réflexions sur le progrès en médecine.* EMC (Elsevier Masson SAS), AKOS (*Traité de Médecine*), 1-0008, 200

B. BARREAU, S. TASTET - L'annonce du diagnostic en sénologie : les techniques de communication - Journal de Radiologie - Vol 88, N° 2 - février 2007 pp. 219-223

Dr Irène KAHN-BENSAUDE et Maître Daniele GANEM-CHABENET - Le refus de soins (Bulletin de la Ville de Paris - Mars 2010).

R. GIL - Annonce du diagnostic et maladie d'Alzheimer - De la solennité du mot à l'humilité de la pratique Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie Déc. 2005 Masson

Dr Yrlande FRANCOIS, (ARS de la Guadeloupe,) Thérapeute en relation d'aide -
Membre du CDOM de la Guadeloupe Cours d'Ethique médicale DCEM1 – Faculté
de Médecine H. Bastaraud UAG

« intervention sur communication et conflits en régulation médicale » FMC

Dr A. MOZAR : Bulletins du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la
Guadeloupe – « l'Annonce regard éthique » (N° 22-2011) « In media res » (N° 5-6
1999) « La dimension Humaine » (N) 15-16 2004)