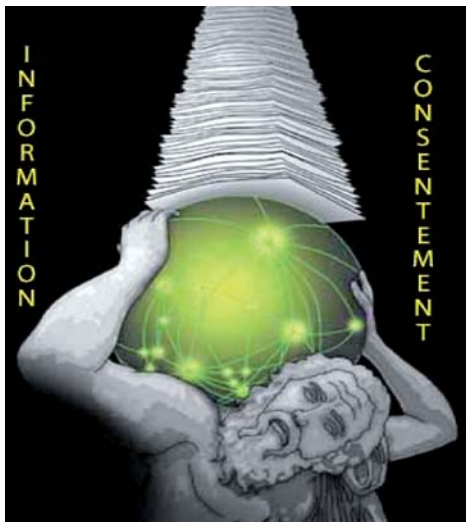


Information et consentement éclairé du patient en chirurgie buccale : comment limiter l'ingérence du juridique dans la relation praticien - patient ?

Mots clés :
Information
Consentement
Chirurgie buccale
Droit
Éthique



Cet article ne concernant que le Droit Français, le Comité de Rédaction a pris la décision, avec l'accord des auteurs, de ne pas le traduire.

H. MOIZAN*, P. JAMMET**, P. GOUDOT***

* Odontologiste des Hôpitaux, Praticien hospitalier, PhD, Département d'Odontologie CHR Metz-Thionville.

** Praticien Hospitalier, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie, CHU Lapeyronie - Montpellier.

*** Professeur d'Université, Praticien Hospitalier, Chef de Service Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie, CHU Lapeyronie - Montpellier.

r é s u m é L'information du patient fait partie intégrante de la relation médecin-malade. Nous aborderons ici tout d'abord les spécificités de cette rencontre praticien-patient dissymétrique par excellence et le contexte dans lequel elle se déroule aujourd'hui. La délicate mission d'information qui incombe au praticien sera explorée tant sur le plan des normes que de la pratique clinique. Pour finir, nous exposerons la problématique du consentement au soin, en exposant les limites de cette notion notamment chez les patients vulnérables.

A l'exception de quelques affaires célèbres (Hélie 1829, Mercier 1936,...) jusqu'à la moitié du XX^{ème} siècle, les sciences médicales avaient peu à faire avec le droit et la justice. Depuis quelques décennies, la situation s'est bel et bien dégradée comme en témoigne la consultation des recueils juridiques. Cette judiciarisation galopante, à laquelle n'échappe pas la discipline odonto-stomatologique, traduit une modification des rapports entre les professionnels de santé, le corps social et les professionnels du droit. Depuis quelques années, la profession médicale et les pouvoirs publics ont développé un arsenal déontologique et juridique afin de fixer un certain nombre de limites et de règles. La situation conflictuelle entre le praticien et la justice sera abordée au travers de la problématique de l'information et du consentement du patient en chirurgie buccale en tentant d'apporter des éléments de réponse pour faire diminuer cette sinistralité.

Praticien-patient (P-p) : une relation artificielle ?

La relation Praticien-patient, rencontre dissymétrique par excellence que nous symboliserons P-p, c'est toute l'histoire de la médecine depuis Hippocrate à nos jours tant les rapports du praticien avec le patient ont évolué avec les progrès de la science et l'évolution des consciences. Au cours de ce colloque singulier, actuellement parasité par l'hyperspécialisation de la médecine, le développement technique, le manque de disponibilité, le consumérisme médical, et l'ère de la cybermédecine, se joue et se déjoue la maladie. Ce face à face P-p, de durée variable avec cette tendance nette à la diminution du temps moyen par consultation (15 minutes en France), étape pourtant capitale et garante d'une certaine qualité de la médecine, est souvent source d'une grande déception de la part des malades. Le patient inquiet, isolé, attend souvent de cette rencontre une prise en charge autre, prenant en compte sa personnalité, son affect, sa douleur et sa dimension sociale.

Des deux protagonistes : l'un en position semi allongée, bouche ouverte, parfois ébloui par le scialytique, qui se plaint, et l'autre qui sait et sait faire, doit naître un pacte de soins, basé sur la confiance engageant l'un à l'égard de l'autre. De cette rencontre initiale (interrogatoire) complétée d'examens para cliniques naît le diagnostic, démarche heuristique par excellence, impliquant de la part du professionnel son savoir. La pratique médicale est la science de l'homme global, savoir écouter puis interroger est primordial. Notre

expérience nous montre quotidiennement que la consultation tient souvent de la confession. L'attention et l'intérêt que le professionnel porte à son malade a un effet réel dans la réaction du malade. Le développement actuel des médecines parallèles traduit la déception des patients après une consultation initiale qu'ils jugent expédiée en raison d'un investissement réduit dans l'écoute de leurs doléances.

L'information au malade : de la norme à la pratique

C'est au praticien que revient la délicate mission d'informer son patient. Informer, signifie « mettre au courant, faire savoir ». Le terme se spécialise au XVI^{ème} siècle étonnamment dans le domaine judiciaire au sens de faire une instruction en matière criminelle. L'information, au sens courant, recouvre à la fois un contenu et une forme, ainsi que le fait de transmettre et de communiquer (Cornu 1997). Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, informer son patient est devenu une obligation (JO n°54 du 5 mars 2002). Epreuve périlleuse dans le contexte actuel de crise de la communication, un défaut d'information constitue une faute professionnelle susceptible d'être sanctionnée.

Certes, un cadre légal existait avant, mais il reflétait principalement les devoirs professionnels formulés aussi bien par les codes de déontologie que par la jurisprudence. Le code de déontologie médicale (CDM) rappelle au travers de son article 35 que « l'information apportée doit être loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » (CDM 1996). Le respect des droits des personnes ne doit pas faire oublier que la relation de soins est avant tout une relation humaine.

L'information du patient fait partie intégrante de la relation P-p (Moutel 2003). Pourtant combien de patients sont renvoyés avec une ordonnance vite rédigée, d'autres adressés à des spécialistes pour explorations complémentaires sans explications, ce qui majore leur angoisse et discrédite la pratique. Ces constats doivent amener à reconsidérer les modalités de l'information lors d'une consultation. Des textes définissent les contours de cette information, transformant ainsi pour

le praticien une formalité toute naturelle, spontanée en une obligation réelle à l'égard du patient (Abadie et coll., 2004). D'ailleurs, la façon dont les patients décrivent leurs antécédents médicaux traduit le décalage immense entre la représentation de leur maladie et l'approche scientifique du professionnel. Pour autant, le savoir médical est-il communicable et comment ?

A qui cette formation est-elle délivrée ?

Il n'y a aucune ambiguïté, elle est logiquement destinée au patient puisque sa finalité est le consentement. Quelle est alors la place de l'entourage du patient ? Lorsque le patient est mineur, sous tutelle ou « majeur protégé », la logique première voudrait que l'on s'adresse aux représentants légaux. Une ambiguïté apparaît ici car les tuteurs et curateurs sont mandatés pour la protection des biens et non de la personne. Certains refusent alors à entrer dans l'histoire médicale du sujet. Cette situation est régulièrement rencontrée chez des patients institutionnalisés, lourdement handicapés, pour lesquels une prise en charge sous anesthésie générale est indiquée en raison d'une absence de coopération à l'état vigile et de la multiplicité des actes odontologiques à réaliser. La loi prévoit alors la réunion du conseil de famille, dont la composition n'est pas clairement précisée. Le praticien se trouve alors dépourvu lorsqu'il n'y a pas de famille. Cette situation est fréquemment rencontrée dans les unités gériatriques, les professionnels s'appuyant alors sur l'entourage affectif proche du patient sans que celui-ci ait un lien juridique direct.

Le contenu

Elle doit comporter des renseignements sur l'état de santé du patient, le diagnostic de la pathologie, la nature, l'utilité et l'urgence éventuelle des thérapeutiques ; les conséquences, effets secondaires et risques qu'elles peuvent comporter ; les alternatives possibles et enfin les conséquences d'un refus de soins. En 2000, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES) a diffusé des recommandations sur le caractère obligatoire de cette « information » en insistant sur le fait que celle-ci ne peut se faire en l'absence de toute réflexion éthique (Anaes 2000). La loi du 4 mars 2002 est venue rappeler cette obligation et la préciser (JO n°54 du 5 mars 2002). Ainsi l'évaluation de l'aptitude du patient à recevoir cette information brute est laissée à la conscience du praticien. Un patient fra-

gile, anxieux, a besoin d'explications adaptées à ce qu'il peut recevoir. Notre activité hospitalière nous confronte quotidiennement à des patients dont l'aptitude à intégrer l'information est altérée (âge avancé, déficience intellectuelle, démence, confusion,...) et la question du degré de perception de celle-ci se pose alors avec une très grande acuité.

CONTENU DE L'INFORMATION

- Nature de la pathologie
- Type de traitement envisagé
- Evolution de l'affection en l'absence de traitement
- Risque thérapeutique
- Pronostic
- Solutions en cas d'échec

Qui donne cette formation ?

Le praticien qui suit le patient et prescrit les actes. L'arrêt du 14 octobre 1997 rappelle que ce devoir d'information pèse aussi bien sur le praticien prescripteur que sur celui qui réalise l'acte (intervention d'un tiers pour réalisation d'un geste technique). L'article 64 du CDM (1996) résume la doctrine jurisprudentielle en énonçant que « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade ».

Comment est-elle transmise ?

Essentiellement orale jusqu'à une époque très récente, la nécessité imposée aux professionnels de fournir la preuve de la nature et de la qualité de cette information a provoqué un changement d'attitude chez nombre d'entre eux. La peur du procès, le sentiment d'une perte de confiance ont favorisé l'éclosion de documents dédiés à l'information, signés par le patient, en particulier avant toute intervention à risque. S'agit-il alors de protéger le praticien ou d'associer le malade à l'acte thérapeutique ? Le danger immédiatement perçu est de remplacer le dialogue par la simple signature d'un document, crainte exprimée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. De même les magistrats ont estimé qu'un document stéréotypé, standardisé, même signé du patient, n'apportait aucune garantie quant à la nature et à la qualité de l'information réelle.



L'arrêt du 14 octobre 1997 a tranché la question de façon nette en décidant que la preuve peut être faite par tous les moyens. L'écrit reste la forme la plus sûre de la preuve pour le praticien, et les fiches d'informations réalisées par les sociétés savantes constituent un point de départ. Dans notre spécialité il n'existe pas encore à notre connaissance de tels documents pour des interventions classiques de chirurgie buccale (avulsions dents de sagesse...). Des réserves existent aujourd'hui sur de telles pratiques de distribution de documents, aussi parfaitement élaborés soient-ils. Néanmoins la traçabilité de cette information nous semble indispensable pour deux raisons. La première est liée au fait que cette information est directement bénéfique au patient car elle permet une prise en charge avec le même niveau et contenu d'information, ce qui va faciliter la continuité et la qualité des soins. La seconde s'inscrit dans un contexte médico-légal et ouvre la possibilité au patient de mener une action en justice si son droit à l'information n'est pas respecté.

La cour de cassation par l'arrêt Hédreul du 25 février 1997, a opéré un renversement de la jurisprudence en imposant au médecin la charge de la preuve, quant à la nature et aux modalités de l'information dispensée (Sargos 1997 ; Laurier 2005 ; AP HP 1999). La charge de la preuve incombe de ce fait au praticien et la traçabilité constitue cette preuve. L'écrit constitue le moyen de tracer cette information et le législateur préfère, à la signature d'un formulaire, le faisceau d'indices qui sera constitué de données inscrites dans le dossier médical (dates de consultation, écrits sur bénéfices / risques, lettre au correspondant...).

La notion de temps est capitale dans la manière de donner cette information : temps de l'entretien individuel, temps de réflexion accordé au patient, temps de répétition si nécessaire. L'information est un processus continu, interactif, adapté à l'état du malade et répété si cela est nécessaire à sa compréhension. Le langage utilisé à destination du malade doit être simple et adapté à la compréhension de l'initié. Le discours approprié doit aboutir à l'explication du phénomène pathologique et à la manière dont il est prévu de le prendre en charge sur le plan thérapeutique (Méningaud 2003). L'attitude du praticien doit être irréprochable tant verbalement que physiquement. La communication n'est pas exclusivement orale mais aussi corporelle par la statique (mimiques, postures, vêtements,...) dynamique (gestes, distances interpersonnelles, déplacements) et neurophysiologiques (timbre de voix, agitation, tics, réactions vasomotrices, gêne ou inconfort).

La communication non verbale peut compléter, nuancer ou contredire une communication verbale. Une distance de relation intime, inférieure à 1,5 m classique

lors de la consultation odonto-stomatologique entre le praticien et le patient implique un certain nombre de précautions pour que cet examen ne soit pas considéré comme une agression physique et psychique.

L'information doit être externalisée (communication confraternelle) vers nos correspondants de façon épistolaire plutôt que téléphonique afin de conserver des traces matérielles dans les dossiers médicaux. Nos confrères doivent être impérativement informés des conclusions des examens cliniques et para cliniques. Cette communication implique également pour le praticien le respect du secret médical protégeant ainsi les intérêts du patient. Pour autant, toutes les modalités de l'information ne sont pas réglées :

- La question des risques graves et exceptionnels est délicate. La jurisprudence ne dispense pas de signaler au patient des risques qui surviennent exceptionnellement. La loi du 4 mars 2002 maintient cette position en en atténuant un peu la portée, précisant que seuls les risques graves normalement prévisibles doivent être portés à la connaissance du patient. A ce titre la chirurgie d'extraction de 4 dents de sagesse dans le cadre d'un traitement d'orthopédie dento-faciale nous contraint à informer le patient non seulement du risque de récurrence de la dysharmonie dento-faciale, mais aussi de risque de lésion du nerf lingual, difficilement prévisible. Le risque exceptionnel quant à lui ne dispense pas d'une obligation d'information par le seul fait du caractère exceptionnel hormis la situation d'urgence ou d'impossibilité du patient à être informé. Ainsi, en matière d'actes odonto-stomatologiques sous anesthésie générale, devons-nous informer le patient des risques exceptionnels, à l'exemple d'une situation vécue personnellement lors d'une intubation difficile ayant imposé la réalisation d'une trachéotomie d'urgence suite à une désaturation de l'hémoglobine en oxygène sévère et imprévue chez un patient handicapé ? En pratique quotidienne, il est bien évident que raisonnablement, nous ne noyons pas le patient sous une multitude d'informations car nous pensons que trop d'information tue l'information ou pire encore, en laissant croire au patient que ne pas se faire opérer comporte moins de risques que se faire opérer. Les limites de cette information sont maintenues dans des circonstances exceptionnelles où il est question de bon sens et d'éthique personnelle. Un dogmatisme irréaliste, imposant une information brute, serait néfaste, voire même irrecevable pour le malade, même si l'intervention comporte un risque élevé.
- le défaut d'information engage la responsabilité civile du praticien (Rougé-Maillard et Penneau, 1999). Le praticien aura le devoir de réparer (ou son assu-



reur) le préjudice subi par le patient du défaut d'information. Ce préjudice est spécifique en ce sens qu'il ne peut être assimilé à l'intégralité des dommages subis par le patient du fait du risque qui s'est réalisé. Il s'agit d'un préjudice distinct des atteintes corporelles qu'il est convenu d'appeler une perte de chance. Les juges du fond (tribunaux et cours d'appel) apprécient souverainement, c'est-à-dire sans contrôle de la Cour de Cassation, le quantum de la perte de chance. Ce dernier sera élevé s'il s'agit d'un patient jeune dont le pronostic vital n'était pas en jeu, ou limité voire réduit à rien si les soins étaient indispensables et qu'en leur absence le malade serait décédé ou atteint de séquelles encore plus graves.

Finalité de l'information ?

Se pose enfin la question de la finalité de l'information. En pratique médicale, se présente souvent un choix à faire entre différentes possibilités thérapeutiques. Très fréquemment en chirurgie buccale, une seule orientation thérapeutique est envisageable, car reconnue et validée scientifiquement. Dans ce cas l'information n'a pas pour but de faire un choix car celui-ci est unique, mais a pour objet l'explication du « pourquoi » et du « comment » de la proposition thérapeutique. Le patient doit comprendre les raisons et les finalités du traitement, participer activement à sa prise en charge et organiser sa vie en conséquence. L'information est d'ordre médico-social, améliorant ainsi la compliance du sujet.

Dans d'autres cas, comme en réhabilitation prothétique, l'information s'inscrit dans un contexte d'options thérapeutiques multiples. Les diverses solutions thérapeutiques sont exposées au patient et celui-ci opte pour l'une ou l'autre. A-t-il la capacité de son choix ? Il faut reconnaître que très souvent la complexité des données fait qu'il s'en remet au professionnel en s'exprimant ainsi « c'est vous qui savez, Docteur... ». C'est d'ailleurs une relation de confiance qui s'installe qu'une relation de connaissance, une délégation étant accordée au praticien par le malade doué de raison et d'autonomie, capable d'agir mais privé du savoir médical.

La finalité de l'information est quasiment réductible au consentement alors qu'elle devrait laisser la possibilité au patient d'exprimer ses besoins. C'est pourquoi le recours à des procédures stéréotypées produites par les sociétés scientifiques qui ne permettent pas de répondre aux situations spécifiques et aux questions individuelles n'ont pas leur place. En somme, la relation P-p doit s'inscrire dans une rencontre de deux consciences à deux

Le consentement au soin : finalité exclusive de l'information ?

confiances et non d'une confiance à une conscience.

Consentir, c'est s'en remettre à une décision volontaire, argumentée, conseillée, adoptée en toute conscience à la suite d'un temps de délibération (Hirsh 2005). Tout acte médical doit être pratiqué avec le consentement du patient (Biclet 1995). Ce consentement fait suite à l'information sur la nature de l'affection, les modalités de traitement et les risques. Ce droit a récemment été précisé par deux décisions du Conseil d'Etat et de la Cour de Cassation et repris dans la loi du 4 mars 2002.

Le principe du consentement, central en éthique médicale, inscrit dans le Code de Nuremberg sur la recherche biomédicale, est réaffirmé dans la loi du 4 mars 2002 y compris dans les démarches de soin de manière à associer les patients aux décisions les concernant. Si le patient refuse les soins proposés, le praticien doit tout mettre en œuvre pour convaincre son patient, mais il n'est pas tenu d'y réussir. Le consentement est donc sous-tendu par la qualité de l'information à laquelle tout professionnel de santé est tenu. Cette notion de consentement éclairé est difficile à appliquer. Quelle est ainsi la valeur du consentement chez un malade présentant un trouble psychique ? L'acte de consentir suppose une double compétence : celle de pouvoir comprendre (clarté de l'entendement ou intellect) et celle de pouvoir se déterminer librement. Les incapables ont un représentant légal qui va consentir pour eux. Des personnes capables peuvent provisoirement être incompetentes et sans représentant légal à un moment où des décisions importantes pour leur santé et leur vie risquent d'être prises. Le Comité Consultatif National en Ethique (CCNE avis n°70, 2001) suggère une forme de consentement assisté ou d'aide au consentement pour les personnes en perte d'autonomie (ex. maladie d'Alzheimer), ou pour tout autre personne dite vulnérable dont l'aptitude au consentement est précaire.

CONSENTEMENT

- Libre
- Eclairé
- Révocable à tout moment par le patient
- Sous-tendu par une information de qualité (claire, compréhensible, et pédagogique)

Conclusion

L'exercice de la médecine implique impérativement la communication et les relations humaines. En pratique médicale, plus qu'ailleurs, communiquer c'est bien comprendre son interlocuteur, être compris de lui, créer un climat de confiance, orienter la discussion et analyser la situation à tout moment. La relecture du serment d'Hippocrate, l'essentiel du message et sa forme même, d'une grande modernité, nous montre à quel point les textes anciens sont importants aujourd'hui en replaçant le praticien face à son patient lors de l'information médicale et du consentement dans une véritable éthique de l'acte médical qui relève d'une tradition plus que bimillénaire. Ce devoir d'information est au cœur de l'éthique de tout praticien (Mothe et Fabry, 2005 ; Fagot-Largot 1991 ; Hervé et Wolf, 1998). Ce devoir est d'autant plus fort que la pratique médicale peut porter atteinte à l'intégrité physique d'autrui. Une éthique trans-professionnelle, inter-science (médecine, droit,...) est une valeur à privilégier. Le contexte sociétal fait que nous avons tous à acquérir ce supplément d'âme et d'humanité quel que soit notre champ disciplinaire, susceptible de donner un sens à nos actions respectives. Il est difficile de croire qu'il puisse y avoir un différend profond entre deux corporations (médicale et professionnels du droit) amenées à entretenir une étroite et constante collaboration.

Demande de tirés-à-part :

Docteur Hervé MOIZAN - 1, place P. de Vigneulles - 57038 Metz cedex 01.



AP HP

La relation médecin/malade face aux exigences de l'information, Paris, Ed : *Doin*, 1999.

CORNU D.

Ethique de l'information. *Ed: PUF* Paris, 1997.

ABADIE P., BARRE S., BUBIEN Y.

Droits du patient. Information et consentement. Objectifs en management hospitalier. *Ed: Masson* Paris, 2004.

ANAES

Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. 2000, 8p. Consultable sur <http://www.anaes.fr>

BICLET P.

Consentement aux soins. Ethique et pratique médicale. Les dossiers de l'AP-HP. *Ed: Paris* 1995.

CCNE avis n°70

Consentements en faveur d'un tiers (2001). Consultable sur <http://www.ccne-ethique.fr> Mothe S, Fabry C. Ethique, information du patient et qualité des soins. In *Ethique et pratiques hospitalières*. Presses universitaires de Lyon, 2005.

Code de déontologie médicale (CDM).

Ed: Seuil Paris, 1996.

FAGOT-LARGOT A.

Information et consentement. Actes, Ordre National des Médecins, 3^e Congrès International d'Ethique, Paris 9-10 mars, 1991: 68-70.

HERVE C., WOLF M.

Relation médecin malade : soigner ou se protéger ? La traversée de l'Atlantique par la responsabilité médicale. *Press Med* 1998;27:1387-1389.

HIPPOCRATE

De l'art médical. Bibliothèque classique. *Librairie Générale Française* 1994.

HIRSCH E.

Le consentement aux soins : une délégation qui oblige. In *Ethique, justice et médecine*. Rencontre au tribunal de grande instance de Paris. Hirsch E, Magendie JC. *Ed: Vuibert* Paris, 2005.

LAURIER D.

Les différentes preuves possibles de la délivrance de l'information au patient. *Concours méd.* 2005;127(21):1157-1158.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO N° 54. 5 mars 2002.

MENINGAUD J.P.

In *Ethique, bioéthique et communication, un contrat moderne*. Communiquer en odonto-stomatologie. Nossintchouk R. *Ed: CDP* Rueil Malmaison, 2003.

MOTHE S., FABRY C.

Ethique, information du patient et qualité des soins. In *Ethique et pratiques hospitalières*. Presses universitaires de Lyon, 2005.

MOUTEL G.

Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine. Entre idéalisme et réalités cliniques. *Ed: L'Harmattan* Paris, 2003.

ROUGE-MAILLARD C., PENNEAU M.

Consentement et information du patient. *Rev Stomat Chir Maxillofac* 1999;100(2):88-94.

SARGOS P.

Modalités, preuves et contenu de l'information que le médecin doit à son patient. *Med. Droit info. Ethique juridique prat.*, 1997, 27, 1-3.