



Document de référence de Persomed

LE CONSENTEMENT ECLAIRE

DR. GERARD LAMBERT

Résumé

Le consentement éclairé fonde les principes de l'information du patient. Depuis l'arrêt Hébreul du 25 février 1997, c'est au médecin d'apporter, en cas de litige, la preuve qu'il a informé son patient. La nature, le contenu et les conditions de délivrance de cette information ont été précisés à travers de nombreux arrêts ultérieurs à ce jugement.

Si la jurisprudence suit les évolutions de la conscience collective, l'absence d'une loi sur l'aléa thérapeutique laisse l'initiative aux magistrats. Doit-on pour autant craindre une dérive judiciaire à l'américaine ?

1. Petite histoire du consentement éclairé
2. L'information : un droit fondamental
3. L'arrêt Hébreul : les bouleversements de la jurisprudence
4. Qui doit informer ?
5. Qui informer ?
6. Quelle information délivrer ?
7. Les limites de l'information
8. La preuve de l'information
9. Les conséquences de la non-information
10. Les causes d'une évolution récente de la jurisprudence
11. Une dérive vers le modèle américain ?

Ce qu'il faut retenir
en pratique

Bibliographie



Information du patient :

éclairages sur le consentement éclairé

En quelques années, la notion d'information du patient a fait irruption dans la jurisprudence. En multipliant les arrêts, la cour de cassation a profondément modifié les règles qui prévalaient jusqu'alors.

Les enjeux et le bilan d'une révolution silencieuse.

Vingt novembre 1945. Moins d'un an après la chute du troisième Reich s'ouvre le procès de Nuremberg qui entend juger les dignitaires nazis au nom de la conscience universelle. Condensé dans un procès verbal de 22 volumes qui ne compte pas moins de 14 638 pages, le travail du tribunal représente, selon l'historien René Rémond, " la première pierre angulaire d'une justice internationale, le premier effort pour fonder une jurisprudence à l'échelle de toutes les nations " (1). Des notions fondamentales du droit y voient en effet le jour, notamment celle du crime contre l'humanité qui sera décrétée imprescriptible en 1964. Et face aux tortures subies par les déportés confiés aux bons soins du Dr Joseph Mengele et de ses confrères, le premier article du code de Nuremberg rend le consentement obligatoire pour toute recherche médicale (2). Ce n'est certes pas la première fois que le problème est évoqué. Par un cynique hasard de l'histoire, la République de Weimar avait imposé la recherche du consentement dès 1931 dans le cadre de directives sur les nouvelles thérapeutiques et l'expérimentation scientifique. Plus étonnant encore, ces dispositions éthiques sont restées en vigueur pendant toute la deuxième guerre mondiale ce qui, comme on le sait, n'a rien empêché des pires exactions.

1. Petite histoire du consentement éclairé

Malgré l'horreur que l'on découvre à la lumière du témoignage des victimes et malgré les règles éthiques que les juges entendent définir, on ne peut pas dire que le corps médical a appliqué les principes de la Cour avec un grand enthousiasme. Ainsi, en 1949, l'Association Médicale Mondiale (AMM) publie un premier code d'éthique dans lequel ni le consentement, ni l'expérimentation humaine ne sont évoqués. Ce n'est qu'en 1964, avec la déclaration d'Helsinki (3) que l'AMM clarifie la situation : " Lors de toute recherche sur l'homme, le sujet éventuel sera informé de manière adéquate des objectifs, méthodes, bénéfices escomptés ainsi que des risques potentiels de l'étude et des désagréments qui pourraient en résulter pour lui. (...) Le médecin devra obtenir le consentement libre et éclairé du sujet, de préférence par écrit ". Le texte précise par ailleurs que le protocole de recherche " doit être soumis pour examen, commentaire et conseil à un comité désigné spécialement à cet effet, indépendant du chercheur et du sponsor, à condition que la création de ce comité indépendant soit conforme aux lois et règlements en vigueur dans le pays où s'effectuent les recherches expérimentales ". En



Document de référence de Persomed

1982, par la déclaration de Manille, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) généralise l'examen des protocoles de recherches par des comités indépendants calqués sur le modèle des Reviews Board américains. L'objectif est de protéger les populations défavorisées et vulnérables peu au fait de la culture scientifique et pour lesquelles la notion de consentement paraît aléatoire.

Si nul ne conteste aujourd'hui l'action des comités d'éthique, ce bref rappel historique témoigne de la lenteur du processus qui a conduit à un contrôle éthique de la recherche biomédicale. Il incite également à la vigilance personnelle et ne dispense pas d'un examen de conscience à chaque nouvelle expérimentation clinique. Car la multiplication des comités ne préserve malheureusement pas des dérapages comme le montrait Beecher en 1966 (4) et comme l'ont confirmé par la suite de tristes affaires restées dans les annales. Rappelons à titre d'exemple le scandale du Jewish Chronic Hospital de New York en 1963 où des cellules cancéreuses furent transplantées chez 22 vieillards tenus dans l'ignorance de l'expérimentation. Plus près de nous, le débat sur l'allogreffe d'avant bras interroge encore la conscience de chacun.

2. L'information : un droit fondamental

L'analyse de la notion de consentement en matière de recherche clinique n'est pas une simple digression sur le thème de l'information du patient. Car c'est bien la reconnaissance de ce droit qui fonde les principes de l'information. " Le rapprochement de l'information et du consentement est fondamental, affirme Pierre Sargos, conseiller à la Cour de Cassation, car la première est la condition de validité de la seconde " (5). D'abord appliqués dans le champ de l'expérimentation thérapeutique, ces principes de libre arbitre et d'autodétermination, désormais considérés comme des droits inaliénables de la personne, ont été progressivement transposés aux actes à visée diagnostique ou thérapeutique comportant des risques. Ces principes complètent et clarifient la relation contractuelle entre le médecin et son patient telle qu'elle est communément admise depuis l'arrêt Mercier de 1936. Ils ne font qu'accompagner une évolution des mentalités frappées par l'affaire du sang contaminé et stimulées par la vitalité des associations anti Sida qui, sans forcer le trait, ont suscité l'un des plus formidables mouvements sociaux de la deuxième moitié du XXe siècle. " Il faut passer du paternalisme à la coresponsabilité " assure l'Ordre des Médecins au lendemain de ses assises du 5 juin 1999 (6). Le conseil se fait ici l'écho de la volonté des Français clairement exprimée en 1998 lors du millier de réunions organisées à l'occasion des Etats Généraux de la Santé. La première demande du public concernait en effet l'information délivrée par le corps médical, information jugée trop souvent insatisfaisante.

D'ailleurs, cette exigence est définie dans la nouvelle mouture du code civil qui, par l'article 16-3, précise : " 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 où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir " (7). D'autres textes plus spécifiques à la santé complètent le principe défini par le code civil. Il s'agit notamment de l'article 35 du code de déontologie qui stipule que " le médecin doit à la personne



Document de référence de Persomed

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 " (8). En ce qui concerne les hospitaliers, on retiendra, parmi d'autres textes réglementaires, l'article L 710-2 du code de la santé publique qui implique également les personnels paramédicaux (9) : " Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles ".

3. L'arrêt Hébreul : les bouleversements de la jurisprudence

On le voit, l'obligation d'informer n'est pas une nouveauté dans le droit médical. En revanche, son approche en cas de contentieux a été profondément bouleversée par un arrêt de la cour de cassation du 25 février 1997, connu sous le nom d' " arrêt Hébreul ". Le jugement mettait fin à une longue procédure engagée par un patient contre son gastro-entérologue à la suite d'une perforation colique survenue au cours d'une coloscopie. Le médecin affirmait avoir averti le plaignant des risques que comportait l'ablation endoscopique du polype, tandis que ce dernier soutenait ne pas avoir été prévenu. Ni l'un ni l'autre n'étaient en mesure de fournir la preuve de leurs allégations. Le malade conservait de lourdes séquelles des deux interventions de sauvetage au cours desquelles une ablation du colon et du rectum avait été pratiquée. La lourdeur du handicap a certainement joué dans la décision de la première chambre civile de la cour de cassation qui a, pour la première fois, imputé la charge de la preuve au médecin. Le jugement de la cour d'appel, qui n'avait pas retenu la plainte du patient dans la mesure où celui-ci était dans l'incapacité de démontrer que le praticien ne l'avait pas informé du risque encouru, a donc été cassé. Pourtant, depuis un arrêt de la cour de cassation en date du 29 mai 1951 (10), la jurisprudence était constante. Elle avait systématiquement exigé que le demandeur fournisse la preuve de ses déclarations (2), conformément à l'article 1315 alinéa premier du code civil qui précise : " Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver " (11).

Malgré ces us juridiques, la première chambre civile de la cour de cassation clôt l'affaire Hébreul le 25 février 1997 avec les conclusions suivantes : " Attendu qu'à l'occasion d'une coloscopie avec ablation de polype réalisée par le Dr Cousin, M. H. a subi une perforation intestinale ; qu'au soutien de son action contre ce médecin, M. H. a fait valoir qu'il ne l'avait pas informé du risque de perforation au cours d'une telle intervention ; que la cour d'appel a écarté ce moyen et débouté M. H. de son action au motif qu'il lui appartenait d'apporter la preuve que le praticien ne l'avait pas averti de ce risque, ce qu'il ne faisait pas dès lors qu'il ne produisait aux débats aucun élément accreditant sa thèse ; Attendu qu'en statuant ainsi, alors que le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation, la cour d'appel a violé le texte susvisé ". Largement diffusé dans les mois qui ont suivi sa promulgation, l'arrêt Hébreul a été ressenti comme une nouvelle menace par un corps médical inquiet de la croissance du nombre des plaintes en responsabilité civile professionnelle. D'autant que, plus récemment, les magistrats du Conseil d'Etat ont emboîté le pas à leurs confrères de la



Document de référence de Persomed

Cour de cassation. Ainsi, par l'arrêt Guilbot du 5 janvier 1999, le Conseil d'Etat confère " clairement à l'hôpital la charge de prouver que le devoir d'information du malade par le médecin n'a pas été méconnu " (12). L'émetteur, le destinataire, le contenu et la forme de l'information restaient toutefois à définir, ce que les magistrats n'ont pas manqué de préciser à travers d'autres arrêts.

4. Qui doit informer ?

Le praticien qui réalise l'acte doit bien sûr informer son patient, mais il n'est pas le seul. Le devoir d'information pèse en effet aussi bien sur le médecin prescripteur que sur celui qui réalise la prescription comme l'a souligné un arrêt de la première chambre civile de la cour de cassation rendu le 14 octobre 1997 (5). Cette coresponsabilité est également énoncée dans le code de déontologie médicale qui, à l'article 64, précise : " Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade " (8). Généralistes et spécialistes sont donc sensés se concerter pour s'assurer que l'information a été correctement délivrée.

5. Qui informer ?

La question peu paraître saugrenue, mais la réponse est plus complexe qu'il n'y paraît. En premier lieu le patient, comme dirait monsieur de Lapalisse, dans la mesure toutefois où ce dernier est capable d'exprimer sa volonté. Cette simple nuance de bon sens implique l'existence d'un certain nombre d'exceptions, notamment l'urgence, et met l'accent sur la difficulté de cerner la valeur du consentement dans d'autres situations, en particulier celle des soins psychiatriques. C'est pourquoi en cas d'incapacité, les organes de tutelle devront être tenus informés. D'autre part, lorsqu'il s'agit d'un mineur, ce sont logiquement les parents, ou la personne investie de l'autorité parentale, qui donneront leur consentement. Toutefois, l'enfant doit lui-même être averti lorsqu'il est en état de comprendre et de " supporter " l'information, selon les termes de l'article 42 du code de déontologie médicale.

Il reste que, comme le note Pierre Sargos, l'aptitude à comprendre et à recevoir l'information peut être contestée (5). Pour illustrer son propos, le conseiller se réfère à un arrêt de la première chambre civile de la cour de cassation en date du 28 octobre 1997 (civ I bull n°297). Un patient souffrant d'une malformation d'un membre inférieur et d'un syndrome anxio-dépressif a engagé une procédure contre le chirurgien orthopédiste qui l'avait opéré sans succès, au motif qu'il n'était en mesure de donner son consentement eu égard à son état psychique. La Cour l'a débouté car le chirurgien était entré en contact avec le psychiatre, ce dernier l'ayant assuré d'une amélioration de l'état dépressif de son client. Ce jugement témoigne également de l'importance de la coordination entre les praticiens.

6. Quelle information délivrer ?



Document de référence de Persomed

Selon les termes de l'article 35 du code de déontologie médicale, l'information doit être "loyale, claire et appropriée". Trois adjectifs que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) traduit par trois autres qualificatifs sensés éclairer le lecteur : "honnête", "intelligible" et "adaptée à la situation du patient" (13). Mais encore ?

Pour rechercher le consentement éclairé du patient, l'information se doit d'être globale, de fournir les éléments propres à un choix avisé. Ainsi, Pierre Sargos passe en revue les différents aspects qui devront être abordés :

- l'état du patient, son évolution prévisible, les investigations et soins nécessaires,
- la nature et les conséquences de la thérapeutique proposée,
- les alternatives thérapeutiques éventuelles,
- les suites normales d'un traitement ou d'une intervention, avec la réserve des complications éventuelles pouvant entraîner un allongement de l'hospitalisation ou de la convalescence.

Toutefois, au lendemain de l'arrêt Hébreul, c'est l'information sur les risques des actes médicaux qui focalise l'attention des uns et des autres. L'une des questions qui agite juristes et praticiens porte sur les risques exceptionnels. Le médecin est-il tenu d'avertir le malade des complications dont la fréquence, selon les études disponibles, demeure quasi négligeable ? Il semble que sur ce point les magistrats accordent plus d'importance à la gravité du risque et à la lourdeur des séquelles qui en résultent, qu'à l'incidence de celui-ci. Pour preuve, l'arrêt de la première chambre civile de la cour de cassation daté du 10 octobre 1997 qui précise : " hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire, et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et aux soins proposés et il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ". Un an plus tard, les magistrats confirment leurs orientations dans un arrêt du 7 d'octobre 1998 qui met l'accent sur " les risques graves afférents aux investigations ou soins proposés ". Le rapport de Pierre Sargos, qui a incité la cour à prendre ces positions, insiste sur " la fiabilité souvent très relative des statistiques sur les risques " et " le défaut majeur de ne pas tenir compte des particularités du patient " (5). Notons par ailleurs que l'obligation d'information sur ces risques graves est également valable lorsque c'est le patient qui demande les soins ou les investigations (14). Enfin, pour les chirurgiens plasticiens la contrainte est encore plus lourde dans la mesure où " l'obligation d'information doit porter non seulement sur les risques graves de l'intervention, mais aussi sur tous les inconvénients pouvant en résulter " (15).

7. Les limites de l'information

Difficile de respecter à la lettre les obligations de la jurisprudence. Comme le note le Conseil de l'Ordre (16) " il n'est pas question de tout dire, et ce pour plusieurs raisons : la première est que le médecin ne sait pas tout, que la médecine n'est pas une science exacte, qu'il existe toujours une marge d'incertitude, que les complications d'une maladie sont parfois imprévisibles ". Plus encore, " une pareille énumération de toutes les



Document de référence de Persomed

éventualités, de leur pourcentage, constituerait une faute de psychologie, préjudiciable au patient affolé ”. Poursuivant son raisonnement, le Conseil considère que, l’information n’étant jamais exhaustive, le consentement du patient “ à son médecin est plus affectif qu’éclairé ”. Un point de vue que Pierre Sargos reprend en partie à son compte en affirmant : “ il est bien évident qu’il ne s’agit pas de noyer le patient sous une multitude d’informations car l’excès d’information tue l’information. Ainsi, par exemple, en matière d’intervention chirurgicale, un rappel général du risque de toute anesthésie devrait, à notre sens, suffire, et les risques majeurs mortels ou invalidants, ou encore esthétiques graves, spécifique de l’intervention réalisée, devraient être seuls signalés ”.

De plus, les arrêts n° 1567 et 1568 du 7 octobre 1998 maintiennent, selon Pierre Sargos, la possibilité d’une “ limitation thérapeutique de l’information ”, également mentionnée dans l’article 35 du code de déontologie médicale. Les contours de cette limitation thérapeutique de l’information sont mal définis... car ils sont indéfinissables. Les magistrats souhaitent toutefois son maintien impératif “ dans l’intérêt du patient ”, dont le médecin est ici le seul juge, et “ même si elle doit avoir en principe un caractère exceptionnel ”. En revanche, cette possibilité de non-révélation ne peut pas s’appliquer aux cas où l’affection expose les tiers à un risque de contamination.

8. La preuve de l’information

Cette question sensible est sans doute l’une des plus difficiles car aucune solution catégorique ne peut être fournie. Comme le soulignait Maître Lucas-Baloup en réponse à une question posée par un chirurgien orthopédiste (17), “ le droit français permet quatre moyens pour apporter une preuve : un document écrit et signé, un témoignage, des présomptions, le serment ”. Le plus souvent seul en consultation, le médecin ne peut que fournir le témoignage de ses employés dont la valeur est toute relative en raison du contrat de subordination qui les lie à leur employeur. Quant au serment, il est aujourd’hui tombé en désuétude. En revanche, si elle n’a rien de certain au début de la procédure, la présomption peut tourner à l’avantage du médecin. Citons pour s’en convaincre un arrêt du 3 mars 1998 (arrêt n°429 D) où la preuve du consentement des parents pour une intervention sur un enfant mineur a été retenue aux vus de leur demande de prise en charge préalable par la Sécurité sociale.

Reste l’écrit qui demeure, selon Pierre Sargos lui-même, “ la forme la plus sûre de la preuve de l’information ”. Voilà la raison pour laquelle, au lendemain de l’arrêt Hébreul, le Conseil national de l’Ordre “ a demandé aux sociétés savantes de proposer des modèles en fonction des risques graves connus inhérents à telle investigation ou à tel traitement ” (18). A ce jour, nombre d’entre elles ont répondu à l’appel et les formulaires types se sont multipliés comme des petits pains. Toutefois, même signée de la main du patient, une telle pièce ne constitue pas une preuve absolue. “ Le document écrit et signé n’est jamais exhaustif, remarque Maître Lucas-Baloup, il crée l’inquiétude, la méfiance, et le patient signataire pourra toujours invoquer un vice de consentement (je n’ai pas compris, j’ai signé sous la contrainte, etc.) qui prive le document de son



Document de référence de Persomed

efficacité ». Bien qu'apparaissant comme le moyen le plus fiable d'apporter la preuve, l'écrit conserve donc une valeur toute relative.

9. Les conséquences de la non-information

Que cela soit devant les tribunaux civils ou les tribunaux administratifs, le défaut d'information d'un patient met en cause la responsabilité civile professionnelle du médecin. Mais dans l'évaluation du préjudice lié à ce défaut d'information, la jurisprudence a établi une nuance importante. Les magistrats considèrent en effet que le « 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 » (5). Cette notion est précisée dans un arrêt du 7 février 1990 (civ I bull n°39), qui stipule que le défaut d'information « prive seulement l'intéressé d'une chance d'échapper, par une décision peut être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de la dite opération ». les juges de fond (tribunaux et cour d'appel) apprécient souverainement le quantum de la perte de chance qui varie en fonction de la gravité des séquelles, de l'âge du patient, son état avant l'intervention, etc.

Ce qu'il faut retenir

Qui doit informer ?

- Le médecin prescripteur autant que celui qui réalise l'acte.

Qui informer ?

- Le patient qui peut exprimer sa volonté.
 - Les organes de tutelle.
- Les parents, ou la personne investit de l'autorité parentale ainsi que le mineur concerné s'il peut recevoir l'information.

Quelle information délivrer ?

- Une information « loyale, claire et appropriée »
 - Une information globale sur :



Document de référence de Persomed

- o L'état du patient, la nature et les conséquences des investigations et des thérapeutiques proposées.
 - o Les alternatives thérapeutiques.
 - o Les suites normales d'une investigation ou d'un traitement.
 - o Les risques des investigations et des thérapeutiques, surtout si les complications éventuelles sont graves, et ceci quelle que soit leur fréquence.
- La jurisprudence prévoit “ une limitation thérapeutique de l'information ” qui “ doit avoir en principe un caractère exceptionnel ”.

Comment apporter la preuve de l'information ?

- L'écrit reste la forme la plus sûre, mais pas absolue.
- Le témoignage.
- Le serment.
- Tout ensemble de faits, circonstances ou éléments “ graves, précis et concordants ” de nature à constituer des présomptions.

Quelles sont les conséquences du défaut d'information ?

- La responsabilité civile du médecin est engagée.
- Il doit apporter la preuve de l'information donnée au patient.
- Le défaut d'information est considéré comme une perte de chance pour le patient et le montant de l'indemnisation est déterminé d'après un quantum du handicap fixé par les juges de fond.

10. Les causes d'une évolution récente de la jurisprudence

L'arrêt Hébreul a non seulement profondément modifié l'approche qui prévalait jusqu'alors, mais il a été le premier d'une impressionnante série de jugements auxquels nous venons de faire référence. Comment expliquer cette soudaine avalanche et l'intérêt des magistrats de cour de cassation pour ce domaine de la responsabilité civile, qui ne s'applique d'ailleurs pas aux seuls médecins ?

Elle traduit en premier lieu la difficulté de trancher entre deux logiques tout aussi légitimes. D'un côté des patients victimes d'un acte thérapeutique dont ils conserveront les stigmates toute leur vie. De l'autre des médecins injustement mis en cause, qui ont



Document de référence de Persomed

agit avec prudence et diligence en ayant recours aux techniques les plus modernes. Et c'est dans cette dualité que se pose tout le problème de l'aléa thérapeutique. “ Depuis longtemps, constate Jean Picard, du SOU Médical, les associations de victimes, les assureurs et l'Ordre des médecins appellent de leurs vœux un système permettant d'indemniser les accidents sans faute médicale. Il est en effet illogique qu'à une époque où les personnes victimes d'une agression dans la rue sont dédommagées, l'aléa thérapeutique ne le soit toujours pas ”. Pourtant, plus de cinquante projets de loi ont été déposés dans ce sens sur le bureau de l'assemblée nationale et Bernard Kouchner avait un temps repris le flambeau à son compte. Face aux carences de la législation, les magistrats à l'écoute du sentiment social et de ses évolutions, ont tranché dans le vif, plutôt en faveur du patient. Et la logique a toutes les chances de perdurer tant que le parlement n'aura pas légiféré sur ce point.

11. Une dérive vers le modèle américain ?

En attendant, les craintes suscitées par l'arrêt Hébreul ne manquent malheureusement pas de fondements. Les statistiques régulièrement publiées par le Groupe des assurances mutuelles médicales (19) montrent que les procédures en responsabilité civile à l'encontre du corps médical ne cessent d'augmenter (+3,7% en 1999). Et l'image du modèle américain, où porter plainte contre son médecin est devenu un sport national, n'est pas de nature à calmer les inquiétudes. D'où cette attitude “ défensive ” des praticiens et des sociétés savantes que fustige l'ANAES tout au long de son rapport (13). Si l'attaque est quelques fois frontale, il est incontestable que la réaction des professionnels de santé s'est fondée sur une attitude de protection conduisant parfois à l'effet inverse de celui escompté. Citons pour exemple l'un de nos confrères qui, dans les forums eurimed.com, affirmait ne pas remettre lui-même la fiche d'information à son patient en déléguant ce rôle à sa secrétaire. Le chirurgien ne voulait pas faire face aux éventuels refus de malades informés des risques de l'intervention. Pourtant, ce sont précisément ces sujets chez lesquels il vaut probablement mieux, dans la mesure du possible, éviter l'acte thérapeutique, sous peine de complications relationnelles, voire juridiques, prédictibles d'avance. La plupart des avocats et des assureurs attestent qu'on retrouve souvent à l'origine des procédures une mauvaise communication entre le patient et son malade. L'un réclame des explications, l'autre refuse de se plier à ce qu'il ressent comme une justification. A cet égard, les évolutions de la jurisprudence ne font que mettre l'accent sur la nécessité de renforcer le colloque intime entre le médecin et son malade à travers une relation adulte, lucide et responsable.

Dr Gérard Lambert

Bibliographie

(1) Jocelyne et Jean-Pierre Husson : “ Nuremberg le procès des vaincus ”. Editions Bréal.



Document de référence de Persomed

- (2) “ Le consentement : pour une approche transdisciplinaire ”. Dr Manuel Wolf, novembre 1999. Réseau Rodin
- (3) Déclaration d’Helsinki par l’Association Médicale Mondiale
- (4) Beecher HK : “Ethics and clinical research”. N Engl J Med. 1966 Jun 16 ; 274 (24) : 1354-60.
- (5) Pierre Sargos : “Le devoir d’information des médecins dans la jurisprudence de la Cour de Cassation ”. Conférence du 29 mars 1999. Réseau Rodin.
- (6) Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l’Ordre des médecins du 5 juin 1999.
- (7) Article 16-3 du code civil institué par la loi de bioéthique n° 94-653 du 29 juillet 1994.
- (8) Code de déontologie médicale Site de l’ordre des médecins
- (9) Article 710-2 du code de la santé publique issu de la grande loi hospitalière du 31 juillet 1991.
- (10) Pr Jean Penneau : “ L’obligation d’information du patient ”, colloque de la Fiehp, le 29 janvier 1998
- (11) Pr Luc Barret : “ Le consentement ”. Medileg, Université de Grenoble.
- (12) “ Communiqué du Conseil d’Etat suite à la décision du 05/01/2000 ”.
- (13) “ Information des patients. Recommandations destinées aux médecins ”. ANAES, mars 2000.
- (14) Arrêt de la première chambre civile de la cour de cassation, 27 mai 1998, D. 1998, 530, note F. Laroche-Gisserot.
- (15) Arrêt de la première chambre civile de la cour de cassation, 17 février 1998.
- (16) “ Commentaires sur le code de déontologie médicale ”, Ordre national des médecins.
- (17) Rubrique Pro : “ Consentement éclairé ”.
- (18) Olivier Dubois, Bulletin de l’Ordre des Médecins, mai 1997, p.4.
- (19) “ Rapport du conseil du GAMM sur l’exercice 1999 ; Assemblée générale du Sou Médical du 17 juin 2000 ”. Responsabilité civile et professionnelle.