

[texte](#)

[article](#)

Information et responsabilité médicale

"Suffit-il d'une information préalable, si complète soit-elle ? Oui sans doute si le processus médical évolue dans la continuité de ce qui a été indiqué initialement. Non si les modalités du diagnostic, du traitement, du pronostic subissent des modifications notables. Le patient doit demeurer un partenaire conscient de tous les éléments des soins qui lui sont prodigués, a fortiori s'il y a des choix à opérer entre plusieurs thérapeutiques."

Par: Jean Michaud, Président du Comité directeur de bioéthique du Conseil de l'Europe /

Publié le : 17 juin 1999

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Extrait de *La relation médecin-malade face aux exigences de l'information*, sous la direction de Emmanuel Hirsch, Colloque organisé avec la Faculté de médecine de Paris-Sud, Doin/Assistance publique hôpitaux de Paris, 1999, pp 5-9

La liberté de consentir... Voilà le type de problème apparemment simple - et il reste tel souvent -, et en réalité complexe - et c'est devenu souvent le cas. On connaît le triple objectif de l'action du médecin : le diagnostic, le traitement, le pronostic. On connaît d'autre part son triple devoir dans le dialogue avec son patient : lui délivrer une information de nature à obtenir un consentement libre et éclairé.

Éclairé, autrement dit « informé »

Pourquoi l'information ? Parce qu'elle est la condition de la liberté du consentement. J'ai toute

liberté d'accepter de me mettre entre les mains du praticien, parce que je sais à quoi je m'engage après avoir appris les raisons de cet engagement qui m'est proposé. Ainsi dans un schéma élémentaire : « voici ce dont vous souffrez » : diagnostic ; « voici comment on peut y remédier » : traitement ; « voici ce qu'on peut attendre » : pronostic. Ceci n'est pas autre chose que l'analyse détaillée de ce qui se passe beaucoup plus simplement dans la réalité. Le patient consulte le médecin, et déjà en franchissant le seuil de son cabinet ou celui de l'hôpital, il a manifesté implicitement un consentement, s'agissant en particulier des maux bénins : « Docteur est-ce que c'est grave ? »

L'information se réduit généralement à une désignation : « Vous avez une angine ; voilà ce que je vous prescris pour la faire cesser. » Pour reprendre les qualificatifs classiques de la jurisprudence, l'information doit être simple, loyale et intelligible. Il a parfois été ajouté l'épithète : « approximative ». À juste titre, il n'est plus repris, compte tenu des abus d'interprétation qu'il pourrait engendrer.

Si le médecin ne dit pas, ne s'explique pas sur ce qu'on lui demande, il tombe dans la faute au moins professionnelle, dans la mesure où n'est pas respecté le Code de déontologie qui utilise aussi le terme « appropriée ». Ce mot est ici très heureux, car il montre à quel point il convient de relativiser l'éclairage en fonction de la personnalité du patient. Faute de se plier à ces exigences, ce médecin ne permet pas à son interlocuteur d'exercer sa liberté de consentir. Ainsi la nécessité thérapeutique de l'article 16 al. 1 du Code civil ne dispense pas du respect de l'article 16-3 al. 2 qui pose le principe du consentement sauf la situation d'urgence dans laquelle son expression est impossible, disposition appuyée par le titre III de la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995.

Mais le médecin peut-il toujours tout dire ? Il est nombre de situations dans lesquelles il en va autrement.

Le devoir d'information

Il y a à cela des raisons techniques et des raisons psychologiques, en partie liées les unes aux autres.

Il est certes toujours possible pour le praticien qui parvient à savoir ce dont il s'agit, de nommer la maladie. Mais souvent, désormais le résultat ainsi obtenu procède d'analyses affinées. La biologie a fréquemment sa part dans la connaissance du mal. Faut-il que le médecin qui dit ce qu'il sait, doive révéler la façon dont il l'a appris ? Non sans doute, à moins de questions précises qui lui seraient posées à ce sujet par un interlocuteur en mesure de comprendre les réponses. Le devoir d'information peut être limité à ce qui est essentiel pour le consentement, en vue de la suite du processus thérapeutique. Le mot « approprié » trouve ici parfaitement sa place.

L'information verbale est le plus souvent suffisante. On a rappelé les qualificatifs qui l'accompagnent : « simple, loyale, intelligible ». Le consentement est donc lui aussi verbal. Mais il peut arriver que l'exigence soit plus grande et comporte celle d'un accord explicite, c'est-à-dire écrit. Outre les cas dans lesquels ce document servira non seulement de mise en garde du malade mais aussi de protection pour le médecin contre un éventuel contentieux, il constitue parfois une contrainte légale. C'est par exemple l'article L. 209-9 du Code de la santé publique issu de la loi du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui

se prêtent à des recherches biomédicales. En pareil cas, un document écrit comportant les modalités du protocole et signé du sujet, est obligatoire. Il n'est pas besoin de développer les raisons de ce formalisme supplémentaire. L'intéressé qui n'est pas a priori demandeur, doit savoir à quoi il s'engage.

Mais parfois la recherche accompagne le soin. Il faut que le patient le sache selon les modalités légales. Dès lors il va devoir signer et pour la recherche et pour les soins, même si cela n'eût pas été nécessaire pour ceux-ci seuls. Ne peut-on craindre une dérive par ce biais vers une exigence accrue, même pour le traitement banal ?

Plus grande doit être à d'autres égards, l'exigence de l'information pour le traitement. Cela est vrai d'abord sur le plan de l'efficacité. La bonne collaboration aux soins est une des garanties de leur réussite, qui est d'autre part la justification de leur possibilité. C'est un mal infligé pour un bien espéré. Encore faut-il que le choix soit celui de l'intéressé lui-même. L'exemple le plus typique est celui de l'intervention chirurgicale, surtout lorsqu'en résulte une mutilation. Dans des cas moins graves, il est encore nombre de malades qui ne savent de leur affection que le fait qu'ils en souffrent. Pour le reste, ils ne savent pas ou ne veulent pas savoir. La guérison leur suffit. En notre temps de meilleure prise de conscience de la personne, n'y a-t-il pas un effort à déployer pour persuader le malade de l'importance de savoir ce qu'il en est et en sera de lui ? La réticence ou le silence quelque peu hautain, produits d'un certain paternalisme, ne sont plus de mise. Ce qui ne veut pas dire que toute vérité doive être assénée sans nuance.

C'est l'obstacle psychologique à l'information complète. Déjà au stade du diagnostic, l'information en soi peut être traumatisante. La révélation du cancer est difficilement supportable. Cependant beaucoup plus que naguère, on emploie maintenant le mot. On le fait d'autant mieux, qu'on peut de plus en plus ouvrir des perspectives reconfortantes. Il n'en demeure pas moins que la brutale formulation d'un tel diagnostic est à rejeter, en dépit de l'obligation d'informer pour éclairer. Le Code de déontologie préconise de ménager le patient dans son article 35 : « pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience. » La difficulté réside dans le choix du moment. Les explications nécessaires pour le traitement aideront en pareil cas à faire toute la lumière lorsque le choix sera humainement possible. Toutefois, toutes précautions sont à rejeter dans le cas où l'affection expose les tiers au risque de contamination. Ce traitement est dirigé vers le retour à la santé. C'est ce qu'espère le patient, bien entendu. Mais il n'est pas toujours gage de succès et en soi il comporte parfois même des dangers extérieurs à l'affection.

C'est le cas de l'amniocentèse pratiquée sur une femme enceinte aux fins de déceler une trisomie 21 dont serait atteint le fœtus qu'elle porte. Le prélèvement auquel il va être procédé, n'est pas sans danger vital pour le fœtus. C'est un des devoirs de l'obstétricien de signaler clairement cette éventualité avec une notion de pourcentage.

Paradoxalement, le chirurgien a le devoir d'information, même lorsqu'il ne traite pas directement. C'est la situation du prélèvement d'organe sur donneur vivant. Selon l'article 16-3 du Code civil, il pratique une atteinte au corps sans nécessité thérapeutique exigée.

Et cette atteinte peut avoir des suites nocives pour le donneur. La loi a prévu cette situation en renforçant les modalités du consentement, d'où suit l'exigence d'une complète information. Sur ce plan, il n'y a pas de difficulté, puisqu'il ne s'agit pas d'un malade et que la situation procède d'une manifestation spontanée de volonté. La loi en pareil cas devient plus explicite (article L. 671-3 du Code de la santé publique) : « le donneur est préalablement informé des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement. » Ensuite le

consentement est solennisé par son expression devant un magistrat. Bien que le texte ne le précise pas, il me semble qu'il est du rôle de celui-ci de s'assurer du caractère complet de l'information.

Une information continue

Suffit-il d'une information préalable, si complète soit-elle ? Oui sans doute si le processus médical évolue dans la continuité de ce qui a été indiqué initialement. Non si les modalités du diagnostic, du traitement, du pronostic subissent des modifications notables. Le patient doit demeurer un partenaire conscient de tous les éléments des soins qui lui sont prodigués, a fortiori s'il y a des choix à opérer entre plusieurs thérapeutiques. C'est à lui à en décider après avoir reçu tout l'éclairage nécessaire notamment sur les conséquences d'une renonciation à poursuivre. Il faut pratiquer l'information continue.

Je ne dirai que quelques mots du cas particulier de l'information des mineurs et des majeurs juridiquement incapables : l'information passe alors par l'intermédiaire de leurs représentants légaux. Ceci ne dispense pas de tenter d'éclairer, en fonction de son état, l'interlocuteur. Pour le mineur, l'âge et la maturité sont pris en considération. Pour le majeur par exemple atteint d'une maladie mentale, il est aisé de comprendre à quel point la parole peut avoir des conséquences imprévisibles, être parfois nocive et subir de surprenantes interprétations. Que dire à cet égard du traitement psychanalytique au cours duquel l'analyste et le patient ignorent ensemble ce que sera le produit de leur entretien ?

Le malade a le droit d'être informé. Se développe maintenant un droit inverse : celui de ne pas l'être, de prétendre pouvoir rester dans l'ignorance. Comme le médecin peut dans certains cas ne pas tout dire, le patient veut ne pas tout savoir. C'est une évolution un peu surprenante des prérogatives de la personne et dont les justifications et les modalités sont malaisés à définir. Nous sommes là encore, dans le rapport médecin-malade. Celui-ci consulte celui-là à propos d'une affection ; ce qu'il souhaite c'est le traitement et l'extinction du mal. Ce qu'il ne souhaite pas, c'est la définition du mal, c'est-à-dire le diagnostic. Le médecin doit se soumettre à l'expression de ce choix. Mais on conviendra qu'il devient alors difficile de considérer que le consentement au traitement a été libre.

Peut-être que la meilleure application de cette notion se trouve dans la matière de la génétique. On peut découvrir grâce à cette discipline, outre le siège d'une maladie existante, le signe (on n'ose dire le symptôme) d'une maladie à venir à longue échéance, ou une prédisposition. Dans ces deux derniers cas, il peut être légitime d'entendre éviter une perspective d'avenir obérée par un mal qui n'existe pas encore. Le droit de ne pas savoir signifie alors qu'on préfère ignorer totalement, plutôt que d'orienter son existence en fonction d'une éventualité apprise.

Une bonne explication de ce nouveau droit se situe dans l'article 10 paragraphe 2 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine élaborée par le Comité directeur de bioéthique du Conseil de l'Europe, qui a fixé dans son article 5, l'exigence d'une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention médicale. Le souhait de ne pas savoir doit être respecté selon l'article 10. Il n'est pas sans intérêt à cet égard, de dissocier les trois éléments de base de l'activité médicale au regard de l'information.

Lorsque se succèdent diagnostic, traitement, pronostic, l'attitude à adopter est claire sous réserve des souhaits du malade et des ménagements qui lui sont dus.

Lorsque le pronostic est impossible ou incertain, qu'on doute de l'efficacité des traitements, la personnalité du malade conditionne notablement l'attitude à observer par le praticien.

Enfin, lorsque n'existe aucun traitement connu, la révélation de l'impuissance médicale devant un mal que le médecin a su déceler devient dramatique. Les progrès de la thérapeutique ne se sont pas affirmés au même rythme que ceux du diagnostic. Tant que subsistera ce décalage, le droit de ne pas savoir ne devra pas être oublié.

Le rapport explicatif de la Convention cite l'accord sur l'ablation d'un kyste et le souhait de n'en pas connaître la nature. Ce document relate les conflits qui peuvent ainsi éclater entre l'intérêt individuel et l'intérêt de tiers. C'est le cas d'une affection grave telle que le sida, dont la révélation à celui qui en est porteur lui permet de préserver son entourage, qui ne saurait être informé par le praticien tenu au secret d'une contamination.

La relation médecin-malade a beaucoup évolué ainsi qu'il vient d'être souligné dans l'avis du Comité consultatif national d'éthique rendu public le 14 septembre dernier :
Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. En même temps que se réduisait la part du paternalisme médical, s'accroissait celle de l'autonomie de la personne. Le patient accepte d'en savoir davantage, même s'il doit lui en coûter, car la société lui apprend à se dégager, quand il faut, des pouvoirs informels. Le médecin, à égalité de science et de pratique, trouve devant lui désormais, souvent, son égal et sait ou doit savoir de mieux en mieux le traiter en conséquence. Ces considérations procèdent de l'esprit qui se dégage d'un passage du préambule de la Convention précitée du Conseil de l'Europe : « convaincus de la nécessité de respecter l'être humain à la fois comme individu et dans son appartenance à l'espèce humaine et reconnaissent l'importance d'assurer sa dignité. »

- [Page precedente](#)
- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [*Facebook*](#)
- [*Twitter*](#)
- [*LinkedIn*](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire