

**Vimovo**<sup>TM</sup>  
naproxène/ésoméprazole magnésium

AstraZeneca

# Gestion Le Journal du du **cabinet** du **médecin**

 [www.lejournaldumedein.com](http://www.lejournaldumedein.com)

COORDINATION ET SECRÉTAIRAT DE RÉDACTION: Julie Guelette - Tél.: 02/333.34.69 - Fax: 02/332.38.05 - E-mail: julie.guelette@jdm.com - COLLABORATEURS: Nathalie Degand, Françoise De Keyser, Joëlle Enghem, Thierry Gaudin, Jean-Paul Ponsard, Pascal Seleslagh, Philippe Van Smeets, Marline Versanne.

## Droits des patients

# L'information du patient en gynéco-obstétrique

Récemment, l'AMIS (Association des médiateurs d'institutions de soins) organisait une journée de réflexion au Centre hospitalier régional de Namur autour du thème: «Le consentement du patient: ... et si on en parlait». A cette occasion, le Dr Michel Masson, secrétaire général de l'Absym et administrateur du Fonds des accidents médicaux, nous a fait partager sa vision des choses en tant que gynécologue-obstétricien.

«**I**nformer - du latin 'informare' - c'est donner forme, c'est-à-dire donner une succession de symboles pour délivrer un message. C'est important pour comprendre la loi sur les droits du patient, qui n'est pas toujours aussi évidente», pose d'emblée le Dr Masson.

Dans les informations à communiquer au patient, Michel Masson précise avant toute chose que la loi parle d'évolution probable. «Il faut quand même rappeler ici que la médecine n'est pas une science exacte, que le médicament que je vais donner à Monsieur X n'aura pas le même effet dans un certain nombre de cas chez lui que chez Monsieur Y parce que les réactions de chaque individu peuvent être différentes. Il y a des allergies chez certains sujets qui doivent faire moduler le traitement. Donc, quand on opère quelqu'un, on sait qu'il y a toujours une part de complications possibles et donc, on devra toujours mettre en balance ce taux de complications possibles avec les effets bénéfiques supposés et espérés.»

Le Dr Masson souligne également l'évolution des mentalités et la différence qu'il existe entre les pratiques



«Aujourd'hui, le patient est au centre du dialogue, au centre de la décision», a rappelé le Dr Masson.

hospitalières d'hier et d'aujourd'hui. «Autrefois, les grands tours de salle dans les hôpitaux consistaient simplement en un dialogue entre les intervenants - infirmières, médecins, assistants, professeurs - au lit du patient pour savoir ce qu'on allait décider pour lui et à sa place. Aujourd'hui, le patient est au centre du dialogue, au centre de la décision. Il a une information qui lui vient de partout (des intervenants, de la littérature, de plus en plus d'internet), et c'est pratiquement monnaie

courante de voir arriver en consultation des gens avec un tas de feuilles qu'ils ont imprimées en cherchant sur internet, qui donne parfois le meilleur, mais aussi parfois le pire dans le domaine de l'information.»

### La personne de confiance

Le gynécologue rappelle aussi que le médecin va transmettre l'information au patient en toute logique, ou dans un certain nombre de cas à la personne de confiance. «Cette personne

de confiance peut avoir dans certaines circonstances un rôle important. C'est le cas lorsque le patient n'a pas envie de connaître son diagnostic, mais c'est aussi le cas lorsque le patient arrive inconscient dans un service d'urgences où l'on doit décider de si on va le réanimer ou non. Et là, il est évident qu'idéalement, il faudrait une personne de confiance. La plupart du temps, elle existe, mais souvent, elle n'est pas formalisée.»

Une autre notion abordée lors de ce symposium est la notion de consentement libre du patient à toute intervention d'un professionnel de la santé, avec toujours la possibilité pour le patient de refuser le traitement et de quitter un hôpital où il est hospitalisé et où il ne partage plus la décision thérapeutique.

### Restrictions

Le droit de consulter son dossier est un des autres piliers de la loi sur les droits du patient. Le Dr Masson aborde toutefois la restriction pour les patients psychiatriques, où il y a parfois une série de décisions ou de diagnostics qui ne sont pas toujours faciles à comprendre par le patient et que, systématiquement, celui-ci va refuser. «Quand on déclare un patient avec une affection psy-

chiatrice, quand on parle au patient et qu'on lui expose le diagnostic, c'est un diagnostic qu'il va généralement refuser car ce sont les autres qui sont malades mais lui pas. (...) Il y a donc la possibilité d'exclure du dossier certains diagnostics, certaines notes et de les considérer comme notes personnelles, mais cela devra se faire avec l'accord d'un autre praticien qui admettra cette situation.»

De manière générale, le patient a le droit de recevoir une information complète. Cela signifie qu'il a droit à un exposé de l'état actuel de sa santé et des propositions diagnostiques et thérapeutiques qui vont en découler. Le gynécologue insiste ici sur le fait qu'il s'agit de propositions thérapeutiques car une fois de plus, la médecine n'est pas une science exacte. «Si vous avez un abdomen aigu, vous pensez qu'il s'agit de cela, c'est ce qui est le plus probable, mais vous n'êtes pas à l'abri d'une découverte lorsque vous ouvrez et donc non plus à un changement de diagnostic.»

Le patient a aussi le droit de recevoir un exposé des complications possibles du traitement qui lui est proposé. Le Dr Masson souligne néanmoins l'importance de moduler l'information: «Le problème, c'est la sensibilité des gens et le degré de réceptivité des patients à certaines informations parfois difficiles à accepter. Dès lors, on devra moduler cela en fonction du patient que l'on a devant soi.»

France Dammel

## Que disent les gynécos?

En pratique, que disent vraiment les gynécologues à leurs patientes? Le Dr Masson a voulu sonder ses confrères grâce à une enquête qu'il a réalisée auprès d'une centaine d'entre eux récemment au moyen d'un questionnaire distribué via deux canaux: d'une part, via un forum de discussion français sur internet et d'autre part, lors d'une séance du GGOLF.

**P**renons d'abord l'échographie de grossesse. «Vous savez que le diagnostic de malformations est de plus en plus performant, mais que du 100% n'est jamais acquis; d'une part parce que certaines anomalies sont difficilement détectables et d'autre part, parce qu'il y a un certain nombre de handicaps qui ne correspondent pas à des malforma-

tions anatomiques mais à des malformations du circuit électrique au niveau cérébral. Et une fois qu'on a pratiqué l'examen avec toute la rigueur nécessaire, il reste quand même des cas qui passent au travers des mailles du filet, constate Michel Masson. Dès lors, il faudrait expliquer théoriquement à chaque personne avant de faire une échographie ce genre de limitations,

ce qui est assez long. Avec la Société belge de gynécologie, on avait mis au point un texte pour les exposer. Personnellement, j'ai choisi de l'afficher dans ma salle d'attente.»

Quand on se penche sur les résultats de l'enquête menée par le gynécologue, on constate qu'une large majorité des personnes interrogées ne donne pas d'informations spécifiques sur

l'échographie et les faux-négatifs et qu'il y a une petite partie qui donne une information spécifique - surtout chez les médecins français.

En revanche, quand l'examen technique devient plus agressif et plus à risque, comme c'est le cas pour la ponction de liquide amniotique par exemple, qui comporte un risque de perte fœtale dans 1% des cas, les attitudes changent du tout au tout. «Ici, on voit que les confrères sont beaucoup plus sensibilisés et que dans l'enquête, tous ont donné l'information sauf ceux qui ne sont pas concernés par cette technique.»

Fort de cette constatation, le gynécologue met en avant la gradation entre la gravité et le degré d'information, le niveau d'information étant pro-

portionnel au risque encouru par le médicament ou l'examen.

Cela dit, quand on se penche sur la jurisprudence, on remarque que les condamnations par défaut d'information ont évolué. «Autrefois, elles avaient trait à des manquements d'informations par rapport à des complications fréquentes. On en est maintenant aux complications, quand elles sont graves, même exceptionnelles», ajoute encore le gynécologue.

Dans ce contexte, on peut alors se demander comment, dans l'enquête menée, un gynécologue sur deux ne donne pas d'informations quant aux risques liés à un accouchement par voie basse lorsque le fœtus est en siège alors que le risque de mort de celui-ci ne peut être nié.

F. D.