

Consentement et chirurgie digestive chez un patient majeur (en dehors de la chirurgie plastique)

2012

Jean-Pierre RICHER

*Professeur, Université de Poitiers,
Responsable de l'Unité de Chirurgie hépato-bilio-pancréatique au C.H.U. de Poitiers,
Ancien Président de l'Unité de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie de la Vienne
(2008/2011)*

Résumé

Quand le patient vient consulter un chirurgien, il ne lui donne pas un consentement sans réserve à réaliser tous les soins indiqués par son état, mais il cherche à obtenir de son praticien une information suffisante pour décider avec lui de la thérapeutique la plus appropriée. Ce principe du « consentement éclairé » repose sur une information dite loyale, simple et intelligible, claire et appropriée sur son état, la gravité de sa maladie et les protocoles thérapeutiques, les investigations et les soins qu'on lui propose, ainsi que les risques encourus dans leur réalisation, informations données en présence de l'entourage ou de la personne de confiance. Mais cette information médicale, reprise par l'infirmière de consultation d'annonce, doit concerner également l'histoire naturelle de sa pathologie et les conséquences à se soustraire aux actes proposés. La traçabilité de l'information donnée repose sur un ensemble d'écrits : courriers au médecin traitant ou au patient lui-même, mentions dans le dossier, document type préalablement rédigé dont parfois un exemplaire est signé par le patient ...

1 – Consentement et chirurgie carcinologique : une étape habituelle mais singulière :

On peut estimer qu'il existe 280 000 nouveaux cas de cancers par an en France, avec une prédominance masculine. Il s'agit de la 2ème cause de mortalité (150 000/an) après les étiologies cardio-vasculaires. On estime qu'il existe 1 200 000 personnes vivantes porteuses de cancer en France (données INCa).

1 - La chirurgie : pierre angulaire du traitement des tumeurs solides.

Sur 100 malades en rémission, 70 ont été opérés parfois en association avec d'autres traitements (données INCa).

La chirurgie reste au premier rang du traitement des cancers digestifs.

(Cancérologie digestive : pratiques chirurgicales. Recommandation produite par la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCDD) et l'Association de Chirurgie Hépatobiliaire et de Transplantation Hépatique (ACHBT) ayant reçu le label INCa-HAS en février 2009).

2 – La chirurgie : art et science en perpétuelle évolution technologique

La chirurgie progresse au rythme des avancées technologiques qui en diminuent ses conséquences délétères et qui majorent son champ d'application en particulier dans la prise en charge des tumeurs solides et des cancers digestifs.

La laparoscopie, voie d'abord mini invasive, est possible depuis plus de dix ans pour presque toutes les tumeurs digestives (1, 2).

Les indications chirurgicales progressent et repoussent les limites de la résecabilité tumorale. L'apparition de nouveaux outils, de nouvelles techniques de destruction tumorale mobilisables au bloc opératoire (radiofréquence, micro-onde, cryochirurgie, électroporation...) viennent renforcer l'arsenal du chirurgien en complément ou en association avec les méthodes classiques d'exérèse tumorale (Recommandations HAS décembre 2005 : Destruction de tumeurs intra abdominales par agent physique, par laparotomie ou par laparoscopie).

La science chirurgicale au troisième millénaire devient organisée et consensuelle, faisant l'objet d'un contrôle de qualité avec des recommandations nationales et internationales vis-à-vis des méthodes et des indications (3).

Mais la chirurgie moderne propose des procédures instrumentales complexes, parfois en plusieurs temps, voire associées à d'autres thérapeutiques, qui interrogent le patient et son entourage et lui font perdre souvent la lisibilité, en définitive, de la stratégie thérapeutique.

3 – La méconnaissance et l'inquiétude du patient face à la chirurgie

Lors de sa première rencontre avec le chirurgien, bien souvent le patient est « au pied du mur » car un acte invasif va lui être proposé.

Pour le patient, la chirurgie expose à :

- un risque immédiat pour sa vie
- l'inquiétude vis à vis de souffrance physique et psychologique
- des risques de séquelles fonctionnelles
- une modification potentielle de son image corporelle
- des conséquences sociales, familiales, professionnelles...

Le praticien de son côté espère lors de cette rencontre la « prise de conscience » et l'engagement du patient dans son combat avec un *consentement* au traitement proposé. En cancérologie comme pour d'autres spécialités, le malade est devenu l'interlocuteur principal avec un parcours dit personnalisé.

II – Le consentement

1 – Le consentement : une obligation ?

L'obtention du consentement du patient constitue une obligation médicale, morale et éthique :

- Obligation déontologique

Article 36 du Code de déontologie et article 16-3 du Code civil issu de la loi n°94-653 du 25 juillet 1994

- Obligation légale : « Aucun acte médical ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne »

Article L 1111-4 Alinéas 3 du code de la Santé Publique

Loi du 4 mars 2002

2 – Le consentement : mais quelle(s) définition(s) ?

Le Petit Larousse Illustré, accessible à tous, définit le consentement comme : « Action de consentir; accord, acceptation » et le verbe consentir comme : « Action de donner son accord à une action à un projet ».

Le consentement constitue donc un acte positif. Le consentement peut alors parfois être résumé comme l'accord du patient à une action, à un projet (de soin). Mais cette démarche positive concerne non seulement le patient mais aussi le médecin.

3 – La clef du consentement : l'information

Quand le patient vient consulter un chirurgien, il ne lui donne pas un consentement sans aucune réserve, mais il cherche à obtenir de son praticien une information suffisante pour décider avec lui de la thérapeutique la plus appropriée. Cette information entraîne une réflexion du patient, de son entourage ou de la personne de confiance, de nouvelles interrogations, des explications complémentaires du praticien, de nouveaux rendez-vous pour enfin comprendre et consentir. Il s'agit d'un échange et d'une conversation et non pas d'un monologue ou d'un discours du sachant.

L'inconnu provoque l'imaginaire, l'inquiétude, la fuite ou le refus. La connaissance diminue l'angoisse, induit l'évaluation, la décision, la confiance.

4 – Le consentement : une démarche médicale aussi

Parmi les synonymes de consentement, deux nous apparaissent pertinents dans le projet chirurgical :

- Consensus : accord pour un choix commun ; entre les médecins d'abord, puis entre les médecins et le patient surtout.

- Acceptation : prise de conscience et autorisation du patient au projet de soins, mais aussi un accord et un engagement du chirurgien par rapport au geste envisagé, à la stratégie médicochirurgicale retenue.

4a - Consentement = consensus

4aα - Le consensus doit être médical dans un premier temps :

Les réunions de concertation pluridisciplinaires d'oncologie ont été organisées dans cet objectif (hépatogastroentérologues, oncologues médicaux et de radiothérapie, imageurs médicaux, anatomo-pathologistes, chirurgiens...). De telles réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) par thématique sont préconisées par les textes (Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et Plan cancer, Jacques Chirac, 25 mai 2003).

Un dossier complet, une discussion sur la pathologie et les antécédents du patient, une réflexion sur les alternatives thérapeutiques, une adhésion du chirurgien au projet de soin et à l'acte chirurgical retenu conditionnent la proposition thérapeutique.

4aβ- Le consensus avec le patient surtout :

Le consentement du patient suppose cet accord médicochirurgical préalable, une information claire et loyale du malade pour un parcours personnalisé de soins.

4aγ- Les modalités de l'information, moyen du consentement :

Ce principe du « consentement éclairé » repose sur une **information** dite loyale, simple et intelligible, claire et appropriée sur son état, la gravité de sa maladie, les investigations et les protocoles thérapeutiques proposés :

- pourquoi solliciter un consentement ?

En raison d'une maladie : information sur le cancer.

Qui peut mettre en jeu le pronostic vital : information sur l'histoire naturelle de la maladie en l'absence de traitement.

- à quoi consentir ?

Un schéma thérapeutique : information sur la stratégie thérapeutique proposée, les alternatives et leurs complications, les risques encourus dans la réalisation des soins.

Un parcours de soins personnalisé : protocole thérapeutique validé mais adapté au patient.

- les conditions du consentement favorisent les échanges et la sérénité de la décision :

Des consultations d'annonce avec du temps, de l'écoute, dans un lieu approprié.

Un temps de réflexion, de nouvelles rencontres, d'autres explications.

Un calendrier compris.

Proposer de prendre un autre avis, ailleurs...

Cette information doit être donnée si possible en présence de la **personne de confiance** et reprise par **l'infirmière de consultation d'annonce**, souvent en un langage plus accessible par le patient et son entourage.

La preuve de cette information est à la charge du praticien.

La traçabilité de l'information donnée repose sur un ensemble d'éléments : courriers, dessins anatomiques décrivant les gestes envisagés, mentions dans le dossier, document type préalablement rédigé dont parfois un exemplaire est signé par le patient ...

5b - Consentement = acceptation

En chirurgie, un acte invasif est proposé rapidement avec des risques vitaux et fonctionnels. Les délais sont courts, le temps de réflexion limité.

Il s'agit pour le patient de comprendre et d'accepter :

- qu'il est malade. Parfois le patient n'a pas accepté la mauvaise nouvelle ou, de moins en moins, ignore ou refuse celle-ci. Sa rencontre avec l'équipe chirurgicale constitue alors un événement révélateur.

- qu'il s'agit d'une maladie grave : un cancer.

- qu'il peut souffrir dans son corps et dans son esprit.

- qu'il doit prendre complètement conscience d'une situation qui met en jeu son propre pronostic vital.

- qu'il peut garder des séquelles du traitement de son cancer.

- que ce diagnostic affecte aussi son entourage familial et professionnel.

III – Une modification des mentalités des médecins, mais aussi du patient

1 - Le patient est au centre du traitement de son cancer

Le malade devient acteur dans les décisions qui le concernent :

- obligation d'information du patient et du recueil de son consentement (*Loi dite Kouchner du 4 mars 2002 article L1111-2*)

- liberté d'accès à son dossier médical y compris par « une personne de confiance » (*Loi dite Kouchner du 4 mars 2002 article L1111-7*)

- information du grand public (*Plan cancer 2003-2007*)

2 – Un nouveau « rôle » pour les soignants et le patient

Ce dialogue singulier soigné/soignant, ce moment particulier du consentement ont conduit à la création de la consultation d'annonce (*Document de la ligue nationale contre le cancer 2003, INCa : Plan cancer, mesure 40*).

Cette situation n'est pas toujours si facile pour le médecin. Comment le dire ? Suis-je bien compris ?... Et le praticien est parfois fragilisé par son vécu personnel, par cette relation singulière avec le malade.

Elle n'est pas plus facile pour le malade : « je veux tout savoir...mais non tout entendre » (4).

3 – La place importante des soignants

Le rôle majeur et central de l'infirmière dans le dispositif d'annonce et de recueil du consentement consiste à :

- Ecouter le patient :

Offrir des temps d'échanges après le « choc de l'annonce »
Évoquer le ressenti de l'annonce du diagnostic et des traitements
Rechercher des angoisses vis-à-vis du travail, de la famille
Analyser les mécanismes de défense

- Donner et recueillir des informations :

Préciser le niveau d'information du patient après la consultation d'annonce
Analyser les capacités de compréhension du patient et de son entourage
Ré expliquer avec des mots simples la stratégie et le calendrier

- Encourager le patient

- Orienter le patient et sa famille vers d'autres professionnels :

Détecter des difficultés sociales, psychologiques...

3 – Des limites à l'obligation d'obtention du consentement ?

Les limites de l'obligation d'information et d'obtention du consentement ont été confirmées par la loi du 4 mars 2002 (article L.1111-2) :

- urgence absolue : article 16-3 du code civil.
- impossibilité : cassation 22 mai 2002 (découverte per-opératoire du cancer).
- refus du patient d'être informé.
- « clause de conscience » du médecin, article 35 du code de déontologie médicale (intérêt pour le patient à ne pas révéler un diagnostic ou pronostic grave) sauf si des tiers sont exposés à un risque (infection).

IV – Les bénéfices de l'information du patient et de l'obtention de son consentement

Eduquer en pré-opératoire un patient (stomie) (5).

Diminuer l'anxiété peri-opératoire du malade qui connaît son plan de traitement (6, 7).

Améliorer la gestion de la douleur post-opératoire chez un patient confiant (8).

Accepter les séquelles de la chirurgie (9).

Accepter des limites de la chirurgie sans en percevoir un sentiment négatif (10).

V – Consentement : mythe ou réalité

1 – Plus de patients à traiter

La lutte contre les cancers s'organise. Les moyens du diagnostic progressent chaque jour pour des patients de plus en plus informés par les médias. Le diagnostic des tumeurs est de plus en plus précoce. Les traitements sont de plus en plus performants et pluridisciplinaires. Les méthodes chirurgicales deviennent de plus en plus sophistiquées et agressives. Les limites de l'inextirpabilité des tumeurs sont repoussées. Le pronostic des tumeurs cancéreuses s'améliore chaque année. Les patients porteurs de cancers sont de plus en plus nombreux en consultation de chirurgie.

2 – Moins de soignants, pas toujours formés

Les difficultés économiques françaises actuelles, les limites de la formation dans les filières de santé par le contingentement des étudiants, la désaffection des étudiants vis-à-vis de spécialités médicales ou chirurgicales difficiles, l'usure psychologique des praticiens dans la prise en charge des malades porteurs de cancers contribuent à expliquer les difficultés à maintenir les objectifs de santé.

3 – Le consentement au quotidien

Le consentement constitue donc une démarche active qui demande du temps, de l'écoute, de la compassion, de la disponibilité pas toujours compatible avec l'emploi du temps du chirurgien. Des progrès sont encore à réaliser.

La formation des professionnels de santé est principalement orientée vers les pathologies et leurs traitements et moins vers la prise en charge psychologique du malade.

Le malade n'est jamais réellement prêt à recevoir cette « nouvelle » et à s'engager dans un projet chirurgical. Une étude, réalisée en France, sur le consentement en milieu chirurgical a été publiée en 2007. Ainsi 259 patients avaient donné leur consentement à une intervention chirurgicale réglée (en dehors de l'urgence). Ils avaient tous signé un formulaire de consentement avant l'intervention. A la sortie de l'hospitalisation, ces patients remplissaient un questionnaire d'évaluation vis-à-vis des modalités de l'information et du consentement : 93% se souvenaient avoir signé le formulaire de consentement et parmi ces patients 8% l'avaient signé sans le lire et seulement 82% pensaient ce document utile. Par ailleurs 7% ne se souvenaient pas d'avoir signé ce formulaire. En définitif, parmi les patients n'ayant pas lu ce formulaire de consentement 38% auraient souhaité avoir plus d'information sur l'intervention avant celle-ci, seulement 16% des patients ayant lu le formulaire auraient souhaité plus d'information en préopératoire (11). Bien évidemment les moins satisfaits étaient ceux qui avaient présenté des complications.

VI – Conclusions

Le consentement en chirurgie est le résultat d'une démarche positive et active du patient et professionnelle des intervenants, mais surtout d'une relation humaine directe et honnête soigné/soignant. L'obtention du consentement repose sur la qualité de l'information et de la relation qui s'établit entre le malade et l'équipe chirurgicale qui se traduit par la confiance. Ce moment particulier de l'acceptation par le patient d'exposer au moins son corps, parfois sa vie, nécessite du temps, de l'écoute et de la disponibilité des soignants que l'exercice chirurgical quotidien et les contraintes médicales et économiques actuelles ne permettent pas toujours d'obtenir.

REFERENCES

- 1 - Rahusen FD et al Ann Surg 1999; 230 : 31-37
- 2 - Gutt CN et al Surgery 2000; 127 : 566-570
- 3 - Arnaud JP et al Bulletin du Cancer 2002, 89 : 47-8
- 4 –Evrard S, Guillemin F et Dauplat J, Chirurgie Oncologique Concepts et Techniques, Ed John Libbey Eurotext, 2007, 256 pages
- 5 - Chaudhri S, Dis Colon Rectum 2005; 48 : 504-5
- 6 - Hughes S, Nurs Stand 2002; 16 : 33-7
- 7 - Reid JH, Br J Theatre Nurs 1998; 8 : 27-31
- 8 - Stöling M et al, Patient Educ Couns 2003; 51 : 169-76
- 9 - Krousse R et al, J Surg Research 2007; 138 : 79-87
- 10 - Simmons KL et al, J Adv Nurs 2007; 60 : 627-35
- 11 - Dufour F et al J Chir 2007 ; 144 : 25-28