

Gestion de l'information du patient dans le cadre de l'urgence traumatologique différée

Information of the Patient and Reflection Period in Traumatology Emergency

M Lefèvre [1], M Mangin [2], F Galliot [1], C Piessat [1], V Seivert [2], JL Danan [3], J Leonhard [4], B Py [3,5], H Coudane [6,7]

1. Interne Service de chirurgie arthroscopique, traumatologique et orthopédique de l'appareil locomoteur (ATOL) - Hôpital Central - CHU de Nancy - CO n°34 - 54035 Nancy Cedex.

2. CCA Service de chirurgie arthroscopique, traumatologique et orthopédique de l'appareil locomoteur (ATOL) - Hôpital Central - CHU de Nancy - CO n°34 - 54035 Nancy Cedex.

3. Ph D Equipe universitaire faculté de médecine de Nancy - Université de Lorraine - 9, avenue de la Forêt de Haye - 54500 Vandoeuvre les Nancy.

4. MCU droit faculté de droit de Nancy - Université de Lorraine - 13, place Carnot - 54035 Nancy.

5. Professeur de droit privé et sciences criminelles - IFG-ISCRIMED EA 7301 - Université de Lorraine - 13, place Carnot 54035 Nancy.

6. PUPH chef de service de chirurgie arthroscopique, traumatologique et orthopédique de l'appareil locomoteur (ATOL) - Hôpital Central - CHU de Nancy - CO n°34 - 54035 Nancy Cedex.

7. Unité de recherche EA 7299 - Pratiques professionnelles, aspects méthodologiques, éthiques et juridiques - faculté de médecine - 9, avenue de la Forêt de Haye - BP184 54505 - Vandoeuvre lès Nancy Cedex.

Mots clés

- ◆ Information
- ◆ Délai de réflexion
- ◆ Urgence différée
- ◆ Traitement chirurgical

Résumé

Dans le cadre de la traumatologie « différée » les patients disposent d'une information restreinte pour apporter leur consentement à une prise en charge chirurgicale. La traumatologie isolée d'un membre relève souvent d'une urgence « différée ». Est-ce que cette période préopératoire doit faire l'objet d'une information et d'un délai de réflexion au même titre que la chirurgie orthopédique « réglée » ?

Nous avons voulu évaluer si les informations apportées par le chirurgien à son patient avaient une influence sur le choix de la prise en charge afin d'aider le chirurgien à cibler son information dans le cadre de l'urgence.

L'objectif principal était d'évaluer l'impact sur le processus décisionnel du patient, de l'information reçue en préopératoire.

Les objectifs secondaires étaient l'évaluation du taux de satisfaction des patients quant à l'information reçue, l'évaluation du taux d'information complémentaire nécessaire, l'évaluation de la demande d'un délai de réflexion et l'analyse reproductibilité des réponses apportées en post opératoire.

Cette étude prospective observationnelle réalisée du 01/12/13 au 01/09/14, a inclus tous les patients acceptant de répondre à cette étude et relevant d'un traitement chirurgical pour une urgence traumatologique différée (au moins 24 heures). Les patients répondaient à deux questionnaires.

Sur les 115 patients inclus, 107 ont acceptés de répondre aux questionnaires. Pour 92 % des patients, l'information reçue en préopératoire ne modifie pas leur choix de prise en charge. 95 % des patients étaient satisfaits de l'information reçue à la phase pré opératoire. Cependant, au questionnaire de contrôle 21 % nécessitaient un complément d'information sur la prise en charge et ses suites. Le taux de reproductibilité de l'information en post opératoire était de 67 %. Un seul patient a demandé un délai de réflexion spécifique et prolongé. Le délai moyen « d'attente » avant l'intervention était de 2,8 jours.

La chirurgie traumatologique "différée" doit relever d'une prise en charge spécifique en ce qui concerne l'information médicale.

Keywords

- ◆ Information
- ◆ Request delay
- ◆ Delayed trauma
- ◆ Surgical treatment

Abstract

Delayed trauma patients have limited information to give their consent for surgical management. Isolated member trauma without complications could be considered as delayed emergency. Does this short preoperative period should be an information and a reflection period as well as orthopedic surgery?

We wanted to assess whether the information provided by the surgeon to his patient had an influence on the choice of treatment to help the surgeon to target its information as part of the emergency. The primary objective was to study the impact of a preoperative information on the patient's decision-making process. Secondary objectives were the evaluation of the rate of patient satisfaction with the information received, the additional information rate required, the request delay for consideration and the reproducibility of responses postoperatively.

Correspondance :

Vincent Seivert, CCA Service de chirurgie arthroscopique, traumatologique et orthopédique de l'appareil locomoteur (A.T.O.L.) - Hôpital Central - CHU de Nancy - CO n°34 - 54035 Nancy Cedex.

E-mail : v.seivert@chu-nancy.fr

Disponible en ligne sur www.academie-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2016 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2016.1.073

This prospective observational study conducted from 01/12/13 to 01/09/14, included all patients agreeing to participate with indication of surgical treatment for delayed emergency trauma (at least 24 hours). Patients responded to two questionnaires.

Of the 115 patients enrolled, 107 were accepted to answer the questionnaires. For 92% of patients, the information received before surgery does not change their choice of care. 95% of patients were satisfied with the information received in the preoperative phase. However, the control questionnaire 21% required further information on the treatment and its aftermath. The reproducibility of the rate of post-operative information was 67%. Only one patient required a request delay.

The average "waiting-time" before surgery was 2.8 days. Trauma surgery "deferred" faces a specific management regarding medical information.

Le cadre législatif et déontologique

De nombreux textes régulent une notion fondamentale en médecine : l'information du patient. En 1991, la loi du 31 juillet (1) insiste sur la nécessité pour les patients de recevoir une information de la part de l'équipe médicale dans le respect des règles déontologiques ainsi que des équipes paramédicales. La loi du 4 mars 2002 (2), dite loi Kouchner, précise le contenu de l'information à délivrer au patient et introduit la notion d'urgence. Le code de déontologie médicale dans son article 35 (3) rappelle que l'information doit être claire, loyale et appropriée sur l'état de santé, les investigations et les soins proposés au malade. La HAS a édité en mai 2012 des recommandations de bonnes pratiques (4) concernant les modalités et le contenu de l'information à délivrer au patient. Depuis la jurisprudence de l'arrêt Hedreul (5) de 1997, la charge de l'information du patient incombe au praticien.

La traumatologie représente une part importante de l'activité d'un service d'orthopédie-traumatologie au sein d'un établissement possédant un service d'accueil des urgences. Dans le cadre de la traumatologie « différée » les patients disposent d'une information restreinte pour apporter leur consentement à une prise en charge chirurgicale. Selon la loi du 4 mars 2002, le consentement du patient doit être recherché et ne peut être apporté qu'après une information claire, loyale et appropriée. En théorie seuls l'urgence, l'impossibilité d'informer ou le refus du patient d'être informé, peuvent en dispenser le praticien. La traumatologie isolée d'un membre peut souvent relever d'une urgence « différée ». Est-ce que cette période préopératoire doit faire l'objet d'une information et d'un délai de réflexion au même titre que la chirurgie orthopédique « réglée » ? Il a déjà été montré que seul 15 à 50 % de l'information donnée dans le cadre de la chirurgie réglée était retenue par le patient (9).

Matériel et méthode

Le but de ce travail est de déterminer l'impact des informations fournies au patient par le chirurgien dans la gestion de

la traumatologie en urgence sur le choix des modalités de la prise en charge chirurgicale en urgence.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de l'information reçue en préopératoire sur le processus décisionnel. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation du taux de satisfaction des patients quant à l'information reçue, le taux d'information complémentaire nécessaire, la demande d'un délai de réflexion et le taux de reproductibilité des réponses en postopératoire concernant la pathologie, le type de traitement, la durée de convalescence, la durée d'immobilisation et le délai avant récupération définitive de la fonction du membre.

Nous avons mené une étude de type prospective observationnelle analytique incluant tous les patients majeurs se présentant au service d'accueil des urgences du CHRU de Nancy pour une fracture de traitement chirurgical entre le 01/12/2013 au 01/09/2014. Etaient exclus les patients présentant une EVA supérieur à 6, les patients présentant des troubles de la compréhension (démence, mauvaise maîtrise de la langue française) ou étant hors d'état de s'exprimer.

Chaque patient recevait de la part du médecin d'astreinte une information concernant le diagnostic, les différentes possibilités thérapeutiques, les bénéfices et les risques du traitement, la durée de l'immobilisation et de la rééducation. Les patients étaient systématiquement revus par le même médecin en post-opératoire.

Le recueil des données a été réalisé sur le mode d'un questionnaire (Annexe 1) dont les grands axes sont : information, satisfaction, restitution de l'information, nécessité d'un délai de réflexion. Il était rempli par le patient lui-même à la phase préopératoire après la consultation d'information. Le deuxième questionnaire était rempli en postopératoire au moment de la consultation de contrôle à quinze jours. Dans les deux cas le patient pouvait être aidé par une infirmière en cas d'atteinte du membre dominant.

Résultats

Du 01/12/2013 au 01/09/2014, 115 patients ont été inclus dans le protocole pendant les astreintes du service ATOL. 107

Questionnaire préopératoire		Questionnaire postopératoire	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
Date de naissance : / /	IPP :	Date de naissance : / /	IPP
EVA :			
1. Etes-vous satisfait de l'information que vous venez de recevoir ?		1*) Quel est votre diagnostic ?	
2. La jugez-vous utile ?		2*) Quel traitement avait vous reçu ?	
3. Avez-vous besoin d'un complément d'information ?		3*) Quel est la durée d'immobilisation et de convalescence ?	
4. Est-ce que les informations que vous venez de recevoir modifient votre choix de prise en charge ?		4*) Dans combien de temps pourriez-vous réutiliser votre bras / jambe normalement ?	
5. Désirez-vous un délai de réflexion ?		5*) Avez-vous besoin d'un complément d'information ?	
		6*) Auriez-vous souhaité un délai de réflexion ?	

Annexe 1. Questionnaires pré et post opératoires.

	Homme (34)	Femme (73)	Moyenn e/%
Age (moyen)	56,2 ans	67,1 ans	64,2 ans
Fémur	10	29	36 %
Extrémité distale du radius	11	18	27 %
Cheville	10	12	21 %
Epaule	1	8	8 %
Humérus	0	4	4 %
Olécrâne	2	1	3 %
Clavicule	0	1	1 %

Tableau 1. Caractéristiques de la cohorte étudiée N=107 cas. Types de fractures (prise en charge initiale).

ont accepté de répondre au questionnaire. La population était constituée de 34 hommes et 73 femmes pour un âge moyen de 64,2 ans (Tableau 1). Le délai moyen d'attente avant l'opération était de 2,8 jours. La traumatologie du membre inférieur représentait 57 % de l'effectif. Trente-deux patients relevaient d'une prise en charge au décours d'un accident du travail.

Pour 92 % des patients, l'information reçue en préopératoire ne modifiait pas leur choix de prise en charge. 95 % patients étaient satisfaits de l'information délivrée à la phase préopératoire. Toutefois 9 patients (8 %) ont refusé le premier traitement proposé par le chirurgien.

Parmi ces 9 patients : un patient présentant une fracture de l'olécrâne, deux patients avec une fracture de l'extrémité proximale de l'humérus, un patient avec une fracture du tiers moyen de la clavicule et trois patients avec une fracture du radius distal ont renoncé après les informations données dans la balance risque bénéfique au traitement chirurgical et ont opté pour un traitement orthopédique. Les deux patients restants avaient une fracture de l'extrémité inférieure du radius pour lesquelles une indication de plaque antérieure avait été posée. Le premier a opté pour un embrochage selon Kapandji et le second pour une réduction sous anesthésie locorégionale et un traitement orthopédique.

L'analyse des items du questionnaire postopératoire, montre que 21 % des patients aimeraient recevoir un complément d'information concernant la prise en charge dont ils avaient bénéficié et de ses suites (diagnostic, traitement effectué, durée d'immobilisation, rééducation, date de reprise du travail, séquelles éventuelles). 67 % des patients apportaient des réponses concordantes à l'information délivrée avant l'intervention sur les 4 grands axes que nous avons fixés. Un patient a demandé un délai de réflexion prolongé (7 jours) avant de donner sa réponse et son consentement pour un traitement orthopédique. Le délai moyen d'attente avant une intervention était de 2,8 jours.

Discussion

Limites de l'étude

Cette étude présente des limites et notamment des biais de sélection par le caractère mono centrique de notre étude et par l'exclusion des patients traités de manière orthopédique en première intention.

L'information

Dans la majorité des cas, l'information reçue pendant la phase préopératoire ne modifie pas le choix de prise en charge par les patients. Dans le cadre de l'urgence, les malades ont tendance à se placer dans une relation paternaliste. Ceux-ci font entière confiance à leur chirurgien d'astreinte. La consultation d'information préopératoire, le plus souvent réalisée au SAU, permet alors au malade de rencontrer son praticien, de se rassurer et de nouer une relation de confiance entre les deux parties.

La traumatologie « différée »

La loi incite le chirurgien à apporter une information complète pour permettre un consentement éclairé dès lors que le geste est différé à plus de 24 heures.

Cette limite n'est pas définie au sens juridique du terme mais il semblerait que passé un certain délai (24-48h) la notion d'urgence ne soit plus retenue pour exonérer le praticien d'une information complète, claire, loyale et intelligible en-

vers son patient afin de recueillir son consentement à l'intervention (6).

Un seul patient a demandé, pour une fracture de l'extrémité proximale de l'humérus, un délai de réflexion prolongé et spécifique (7 jours). Celui-ci a finalement renoncé au traitement chirurgical. Le Code de Santé Publique n'impose pas de délai de réflexion minimum en chirurgie, hormis dans le cas de la chirurgie esthétique où le délai est de 15 jours (7). Il est cependant de la responsabilité du chirurgien de laisser à son patient un délai de réflexion « approprié » à la situation et au degré d'urgence depuis l'arrêt de la Cour de Cassation n°261 du 11 mars 2010 (8).

En post-opératoire

67 % des patients sont capables à la consultation postopératoire effectuée à J15 d'apporter des réponses satisfaisantes concernant leur type de pathologie, le traitement effectué, la durée d'immobilisation, la durée de convalescence, et le délai avant récupération définitive de la fonction du membre. 21 % d'entre eux demandent un complément d'information. Ils sont pourtant 95 % à juger satisfaisant l'information reçue à la phase initiale. Le cadre de l'urgence (stress émotionnel, douleur) et le caractère probablement incomplet des informations apportées par les praticiens peuvent expliquer ce faible taux de réponse. Ghrea and al avaient également retrouvé un faible taux de réponse, entre 15 et 50 % suivant la question (9). Ceci pose problème puisque le résultat définitif d'une chirurgie souvent fonctionnelle repose essentiellement sur le respect des consignes postopératoires.

Le délai moyen d'attente était de 2,8 jours. Celui-ci peut s'expliquer par l'absence de salle d'urgence dans notre service et la nécessité de commander du matériel pour un faible effectif.

En résumé, l'information des patients dans le cadre de l'urgence traumatologique différée nous semble devoir se calquer sur le modèle de la chirurgie réglée (10,11). En effet la possibilité de différer le geste ne dispense pas le chirurgien d'une information complète et exhaustive comme ce n'est pas le cas dans l'urgence vitale nécessitant une thérapeutique immédiate. Celle-ci doit être répétée afin d'augmenter l'adhésion du patient à son traitement (12,13). A la vue de nos résultats, la question de définir un délai de réflexion minimum ne semble pas se poser (14).

Les coûts de santé

Enfin la diminution des coûts est un problème quotidien. Celle-ci passe notamment par la réduction de la durée moyenne de séjour. Il nous semblerait intéressant d'envisager chez une population sélectionnée (fracture du membre supérieur avec retour possible à domicile), une prise en charge selon le mode ambulatoire. Le patient retournerait à son domicile après immobilisation de son foyer de fracture. Il serait intégré au programme opératoire avec consultation auprès de son chirurgien le matin même. Cette consultation serait alors l'occasion pour le chirurgien d'informer à nouveau le patient concernant sa pathologie et sa prise en charge complète en s'affranchissant du cadre des urgences.

Conclusions

Ce travail montre que l'information dans la gestion de la traumatologie d'urgence tend à rejoindre les caractéristiques légales de l'information dans le cadre de la prise en charge de la chirurgie orthopédique programmée en dehors des rares cas où existe une lésion vitale nécessitant une thérapeutique immédiate ou lorsqu'il existe la notion d'un polytraumatisme. S'il n'existe pas sur le plan juridique de notion sur le « délai »

entre l'accueil de l'urgence et la réalisation de l'acte il est possible en cas de mise en jeu de la responsabilité du chirurgien orthopédiste que cette notion d'information soit soulevée dans les jugements ou arrêts rendus par les juridictions.

Bibliographie

1. Code de la santé publique - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
2. Code de la santé publique - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - Article L1111-2.
3. Code de déontologie médicale - Article 35.
4. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé - Recommandations de bonnes pratiques, HAS mai 2012, www.has-sante.fr.
5. Arrêt Hedreul, Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685.
6. Coudane H, Lamarre H, Claudot F, Slimani S, Michel B. Aspects médico-légaux : quelle information donner au patient? *Rev Chir Orthop Traumatol.* 2004;90(Sup 5):1.
7. Code de la santé publique - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - Art L. 6322-2.
8. Arrêt n°261, Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 11 mars 2010, 09-11.270.
9. Ghrea M, Dumontier C, Sautet A, Hervé C. Difficultés du transfert d'information en vue d'un consentement éclairé. *Rev Chir Orthop Traumatol.* 2006;92:7-18.
10. Abellard V. L'évolution de l'obligation d'information, vers une remise en cause de la nature de la relation médecin-patient. *Droit, déontologie et soin.* 2005;5(N°1):91-118.
11. Giudici K, Gillois P, Coudane H, Claudot F. Information orale du patient en chirurgie orthopédique : comment évaluer le niveau de compréhension du patient? *Rev Chir Orthop Traumatol.* 2015;101:95-7.
12. Vannineuse A. La satisfaction du patient en chirurgie orthotraumatolo. *E-Mem Acad Natle Chir.* 2004;3(4):9-13.
13. L'information du patient, son importance, ses conséquences, droit et devoir de chacun. Conseil national des médecins, Commission nationale permanente 2011-2012, 8 septembre 2012.
14. Seivert V, Lamy A, Houfani F, Milin L, Coudane H, Zielinski A, Claudot F, Delagoutte JP. Faut-il proposer systématiquement un délai de réflexion au patient avant de programmer une intervention en chirurgie orthopédique? Étude prospective à propos de 52 patients. *Rev Chir Orthop Traumatol* 2014;100(no7):S277.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs de cette étude ne déclarent aucun conflit d'intérêt.