

L'information préopératoire : un concept évolutif...

Preoperative Information of Patients: A Concept in Progress...

Dr Jean-François Lopez

Résumé

Hors les cas d'urgence extrême où le problème ne se pose pas, il existe de nombreux cas d'urgences relatives où le patient a le temps d'être informé en dépit de son hospitalisation car ne devant être opéré que le lendemain voire le surlendemain. Les documents actuels ne sont pas adaptés car trop longs, trop techniques et rédigés de façon souvent incompréhensible. Une "fiche d'information" ou « fiche-résumé » (1 page recto seulement), beaucoup plus courte que le document d'information actuel, est proposée qui pourrait être utilisée au lit du malade ou dans un service d'urgence.

Ces mêmes fiches-résumées pourraient être utilisées en chirurgie réglée dans une démarche d'information en deux temps, le premier temps consistant en une première prise de contact et la remise du document d'information actuel. Dans un deuxième temps, alors que le patient aura eu le temps de lire ce dernier, la fiche d'information permettra de s'assurer ET de tracer que le patient a bien compris les points importants.

Mots clés

- ◆ Information du patient
- ◆ Chirurgie

Abstract

Beside extreme emergency cases, there are many cases of mild emergencies where patient may be informed in spite of his hospitalization since he or she will be operated on one or two days later. Informed consent forms don't fit because too long, too technical and written in an inappropriate way. A more concise form (one page recto only) is advocated to be used at the patient's room or in the emergency room.

These forms could be used in planned surgery to inform patients in two steps. During the first step, the patient is given a regular information leaflet. At the next consultation, after having been able to read it, the concise form allows to make sure he has understood the first one and to keep a track of what has been said between the surgeon and the patient.

Keywords

- ◆ Patients information
- ◆ Surgery

Correspondance

Dr Jean-François Lopez - Chirurgie digestive et viscérale Chirurgie de l'obésité
Clinique du Mail - 96, Allées du Mail 17000 La Rochelle.
Email : jfmlopez17@gmail.com

Depuis la loi du 4 mars 2002, l'information préopératoire au patient est devenue un point central de la relation médecin/malade. Force est de constater que cette démarche qui devait favoriser la communication entre les deux protagonistes, se résume bien souvent à la remise d'un document « officiel » et à l'obtention d'un consentement éclairé bien peu commenté. Il paraît donc intéressant de remettre au cœur de la consultation l'idée originelle d'information orale au travers d'une pratique adaptée au double impératif d'une communication *verbale* avec le patient et dont on peut conserver la *trace* au moyen d'un document écrit.

Que dit la réglementation ?

L'information au patient est un concept dont le contenu a été précisé à plusieurs reprises par différents textes réglementaires qui se complètent et ne font que renforcer l'importance de cette démarche autant médicale que juridique. L'information qui est *toujours orale*, est primordiale (1). Le praticien peut « s'acquitter de l'information par tous moyens » (2) et « n'a pas d'obligation d'informer par écrit » (3). L'information écrite est un complément *possible* à l'information orale (4) et ce point est très important car, en cas de litige, c'est au chirurgien d'apporter la preuve que l'information a bien été donnée... Ce qui signifie qu'il doit pouvoir se justifier... par des écrits ! Enfin, « il est recommandé que le patient puisse bénéficier d'une synthèse des données médicales le concernant, et cela à plusieurs étapes de sa prise en charge... ». Comme il est recommandé que « le dossier médical porte la trace des informations données au patient... dans le but de favoriser la continuité des soins » (5).

D'autre part, il est recommandé que cette information :

- soit *hiérarchisée*... et présente les bénéfices attendus des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels... Et l'on peut déjà faire remarquer que bien souvent les risques mentionnés sont loin d'être hiérarchisés ou tout simplement absents parce que non reliés directement à la chirurgie effectuée ;
- soit *synthétique* et claire ce qui en pratique signifie qu'une fiche d'information ne doit pas dépasser 4 pages. Or, de nombreuses fiches dépassent ce format ;
- soit *compréhensible* pour le plus grand nombre de patients ;
- soit *validée* par une société savante ce qui est nécessaire mais peut ne pas être suffisant si l'exhaustivité du texte et la technicité du vocabulaire rendent sa lecture difficile. Ceci pose le problème crucial de la compréhensibilité.

En pratique...

Il faut que les praticiens comprennent qu'un langage commun est indispensable pour pouvoir communiquer. En matière de chirurgie bariatrique par exemple, il est bon de savoir que 20 % des patients ne savent pas ce qu'est l'œsophage, 8 % ne comprennent pas ce qu'est la mastication et 9 % en quoi consiste la déglutition. Il ne faut donc pas hésiter à employer les mots usuels (mâcher, avaler) voire même à répéter les expressions populaires employées pour mieux se faire comprendre (6).

De plus, on oublie trop souvent que les études sur le niveau de compétence en lecture révèlent qu'environ 20 % de la population ne peut lire que des textes numériques ou imprimés continus... et relativement courts (< 5 lignes) afin de trouver une information identique ou synonyme à l'information donnée dans la consigne. Ce qui veut dire qu'un malade sur cinq n'est pas apte à lire et comprendre une fiche d'information standard ni du fait de sa complexité ni du fait de sa longueur.

La conséquence est que dans 13 % des dossiers de sinistre clos avec responsabilité de l'assuré, il existe un défaut d'information à l'origine de la responsabilité. D'autre part, dans 40 % des dossiers de sinistre ouvert suite à une réclamation, l'information est jugée insuffisante ou perfectible (7). Aux USA, ces tendances sont confirmées par les études portant sur les facteurs de risque majeur amenant un patient à poursuivre son chirurgien puisque dans 23 % des cas il existe un problème de communication et dans 21 % des cas de documentation (8).

Pourquoi les chirurgiens (en général) n'aiment pas informer leurs patients ?

Trois raisons principales peuvent expliquer cette situation. D'abord, il s'agit d'une démarche qui prend du temps dans une consultation où il y a déjà beaucoup à dire tant sur le plan des objectifs à atteindre que de l'organisation de la préparation avant l'intervention. Ensuite, parce que cette démarche d'information paraît souvent inutile pour le patient qui, peu de temps après la consultation a déjà oublié l'essentiel de son contenu. Ceci est vrai mais ne tient pas compte du fait que le mécontentement exprimé par un patient vient plus du sentiment de n'avoir pas été informé que de celui d'ignorer le contenu précis de cette information. C'est pourquoi il est important, en cas de contestation, de pouvoir prouver que ladite information a bien été donnée de façon claire et compréhensible.

Enfin, il est inconsciemment perturbant pour un chirurgien d'annoncer l'éventualité de complications ce qu'il n'aime pas envisager. Plusieurs mécanismes de défense peuvent alors se révéler : *l'autocensure* en évitant d'aborder certains points, *l'euphémisme de présentation* qui consiste à présenter une complication en diminuant l'importance de ses conséquences (fréquence, gravité), *l'euphémisme de communication* qui consiste à adopter un ton, des mimiques et une gestuelle allant toujours dans le sens de l'atténuation. Mais il faut garder à l'esprit que toute communication est une interaction. Le chirurgien n'a pas envie de dire ce que le malade n'a pas envie d'entendre. En se laissant aller à une autosatisfaction réciproque, un climat d'ambiguïté s'installe qui se révélera à l'occasion d'une mise en cause. Et il sera trop tard...

Evolution d'un concept : du livret d'information à la fiche d'information

Hors les cas d'*urgence extrême* où le problème ne se pose pas, il existe de nombreux cas d'*urgences relatives* où le patient a le temps d'être informé en dépit de son hospitalisation rapide car ne devant être opéré que le lendemain voire le surlendemain. Les documents actuels ne sont pas adaptés car trop longs et trop techniques, surtout dans ce contexte. Une "fiche d'information" ou « fiche-résumé » (1 page recto seulement) beaucoup plus courte que le document d'information actuel pourrait être proposée à utiliser au lit du malade ou dans un service d'urgence.

Ces mêmes fiches résumées pourraient aussi être utilisées en *chirurgie réglée* dans une démarche d'information en deux temps, le premier temps consistant en une première prise de contact et la remise du document d'information actuel. Dans un deuxième temps, alors que le patient aura pu lire ce dernier, la fiche d'information permettra de s'assurer ET de tracer qu'il a bien compris les points importants. C'est à ce moment-là que consentement éclairé peut alors être signé.

Cette fiche-résumé (format A4 recto) est un support de communication pour le chirurgien. Rédigée en écriture télégraphique, elle comporte des items à cocher qui synthétisent le livret d'information. Elle permet de s'assurer de la compréhension du patient de façon orale *tout en gardant une trace écrite de ce qui a été dit*, de ne rien oublier puisque tout est déjà listé et de ne pas avoir à écrire ce qui favorise l'échange avec ce dernier. Le temps nécessaire pour la compléter est d'environ 10 minutes. L'expérience des expertises médicales confirme la faisabilité et la validité de cette

démarche qui peut être étendue à toutes les spécialités. L'existence de ces documents sous forme numérique facilite encore leur utilisation et leur mise à jour permanente autant que de besoin.

Conclusion

Il semble que sous l'influence de la judiciarisation, réelle ou ressentie, le concept d'information préopératoire du patient se soit dévoyé dans un formalisme et une exhaustivité qui le coupe de ses objectifs originels. Les livrets d'information actuellement en usage devraient être retravaillés pour être plus synthétiques et plus compréhensibles. Les fiches-résumés proposées ci-dessus pourraient être un outil précieux dans les situations de semi-urgence ou en complément du livret d'information lors d'une seconde consultation en chirurgie réglée.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

1. HAS. Recommandation mai 2012. Page 7.
2. CSP. Art L1111-2 du 4 mars 2002.
3. CC. Première chambre civile. Pourvoi n°01-15711. 18 novembre 2003
4. ANAES. « Information des patients : recommandations destinées aux médecins ». Mars 2000. P 6.
5. HAS Recommandations sur l'information aux patients mars 2000
6. Lopez JF. « Que signifie travailler en équipe ? Enquête personnelle sur 70 patients ». Communication SOFFCO Angers 2013.
7. Cabinet Branchet. Cartographie des risques opératoires. Edition 2020. Page 13.
8. MedPro Annual report 2018. Top risk factors in bariatric surgical treatment allegations.