

L'information du patient

I. Le cadre légal et réglementaire

[La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre, au titre des droits fondamentaux de la personne soignée, un droit général pour toute personne d'être informée de son état de santé.

L'article L.1111-2 du Code de la santé publique définit le périmètre de l'information.

Le patient décide des choix qui concernent sa propre santé, le médecin étant chargé de tout mettre en œuvre pour lui permettre de faire ces choix de manière éclairée.

C'est au cours d'un **entretien individuel** que le médecin doit informer son patient sur :

- les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposés,
- leur utilité,
- leur urgence éventuelle,
- leurs conséquences,
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles,
- les solutions alternatives possibles,
- les conséquences prévisibles en cas de refus.

Cette information concerne autant les patients mineurs (avec leurs parents bien sûr mais aussi eux-mêmes) et les majeurs placés sous tutelle (selon leur degré d'autonomie et de compréhension).

Il existe **2 exceptions** à l'obligation d'informer.

L'une vise **l'urgence ou l'impossibilité d'informer le patient**. L'autre, concerne le patient qui peut **indiquer sa volonté d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic**.

II. L'information sur les risques

L'information sur les risques reste parfois complexe dans la mesure où doit exister un équilibre entre la nécessité pour le médecin d'informer loyalement son patient et le souhait de le préserver d'une inquiétude accrue au vu des risques potentiels de chaque acte de soin.

La loi impose aux professionnels de santé de délivrer une information sur les conséquences de l'acte envisagé.

C'est la raison pour laquelle le législateur a qualifié les risques de « fréquents ou graves normalement prévisibles », formulation qu'il convient d'interpréter comme une obligation pour le médecin d'informer son patient de tous les risques fréquents quelle que soit leur gravité et de tous les risques graves même non fréquents dès lors que leur survenue est prévisible. La notion de risque « normalement prévisible » renvoie à celle de risque connu et non hypothétique, notamment au vu de l'état antérieur du patient.

[L'article L.1111-2 alinéa 1er](#) a étendu la définition des risques au fait que le patient doit désormais être informé des risques nouveaux lorsque ceux-ci sont identifiés, postérieurement aux actes de soins, de prévention ou de diagnostic accomplis, sauf en cas d'impossibilité de les retrouver.

Des règles plus contraignantes et une information renforcée quant à son contenu, ou encore une forme écrite existent dans certains secteurs de l'activité médicale tels que l'esthétique, la recherche biomédicale, la génétique, les prélèvements d'organes sur donneur vivant, l'assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal etc.

III. La preuve de l'information

[L'article L. 1111-2 du code de la santé publique](#) énonce qu'en cas de litige, **il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée au patient.**

Le médecin doit délivrer au patient l'information, dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Le dialogue prime sur tout autre moyen de communication et les explications orales (avec réponses aux questions) sont souvent plus efficaces que la seule remise d'un document écrit formalisé.

Cette preuve peut être rapportée par tout moyen comme par exemple les mentions inscrites dans le dossier, à la remise de notices d'information ou encore une lettre au médecin traitant, l'existence de plusieurs rendez-vous et un délai de réflexion, etc....

La délivrance d'un formulaire de consentement ne doit toutefois pas être systématisée, même si elle peut se révéler utile dans certaines circonstances, comme complément de l'information orale délivrée lors d'un entretien individuel.

IV. L'évolution de la jurisprudence administrative en matière d'obligation d'information

Depuis les années 2000 et [l'arrêt « Consorts TELLE c/APHP »](#) le Conseil d'Etat retient la **gravité des risques encourus comme le critère déterminant l'étendue de l'information due par le médecin à son patient.**

Le juge administratif considère que la faute résultant d'un défaut d'information ne fait perdre au patient qu'une chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé et que la réparation de son préjudice devra être évaluée en fonction de la probabilité qu'aurait eue le patient, s'il avait été correctement informé, de se soustraire à l'intervention.

Par une [décision du 10 octobre 2012](#), le Conseil d'Etat a complété sa jurisprudence et rappelé que *« c'est seulement dans le cas où l'intervention était impérieusement requise, en*

sorte que le patient ne disposait d'aucune possibilité raisonnable de refus, que les juges du fond peuvent nier l'existence d'une perte de chance ».

Le Conseil d'Etat a par ailleurs consacré un **préjudice d'impréparation** en jugeant « *qu'indépendamment de la perte de chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques encourus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir la réparation des troubles qu'il a pu subir **du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaines dispositions personnelles** ».*

A noter que l'existence d'un préjudice d'impréparation ne se déduit pas de la seule circonstance que le droit du patient d'être informé des risques de l'intervention a été méconnu : il appartient à la victime d'en établir la réalité et l'étendue.

Pour en savoir +

*Dans son [arrêt du 3 juin 2010 la Cour de Cassation](#) a estimé que le défaut d'information d'un praticien envers son patient constituait un **préjudice spécifique** qui devait être indemnisé en tant que tel, indépendamment des alternatives offertes au patient et des effets d'une décision au patient de renoncer à l'acte s'il avait été informé.*

Cette jurisprudence n'est pas applicable aux établissements publics de santé : le Conseil d'Etat maintient à ce jour sa position attachée à la perte de chance d'échapper au dommage qui s'est finalement avéré, le patient n'ayant pas été en mesure de renoncer ou choisir une alternative.

EN PRATIQUE

Des initiatives ont déjà été prises par les équipes soignantes de l'AP-HP afin d'améliorer l'information des patients.

Plusieurs pistes ont été évoquées parmi lesquelles figurent la lettre au médecin traitant et la fiche de traçabilité en consultation pré-opératoire. Ces documents ont été présentés à l'occasion d'un séminaire intitulé « Information du patient : du devoir moral à l'obligation juridique »*. L'objectif de ce séminaire, auquel participaient des membres du Conseil d'Etat, la Présidente de la CCI d'Ile de France, des avocats de patients ainsi que des médecins de l'AP-HP, visait à sensibiliser les médecins hospitaliers à l'obligation d'information.

**Séminaire organisé par la direction des affaires juridiques de l'AP-HP le 29 octobre 2012.*

I. La lettre au médecin traitant

Cette lettre, rédigée ou dictée devant le patient, constitue un élément essentiel du « faisceau d'indices » examinés par le juge pour contribuer à la preuve de la délivrance de l'information médicale et au respect de son obligation par le médecin.

Ce courrier doit reprendre le motif de la consultation, les indications thérapeutiques et leurs alternatives, les bénéfices attendus ainsi que les complications possibles, les traitements prescrits, les examens cliniques et complémentaires, leurs résultats, les hypothèses tirées de ces analyses. L'évocation du rapport bénéfices/risques, du traitement chirurgical et des aléas thérapeutiques peut compléter la lettre.

Le courrier est envoyé au patient en même temps qu'à son médecin traitant.

Autrement dit, un tel document peut constituer un élément pertinent à la fois pour le patient et, le cas échéant pour le juge. Ainsi, le patient devient davantage acteur de sa prise en charge et peut poser toutes les questions qu'il souhaite ; et, le juge trouverait ici un élément de preuve de l'information délivrée.

II. La fiche de traçabilité en consultation préopératoire

Il s'agit d'une fiche élaborée en consultation préopératoire, remplie par le médecin assurant la prise en charge du patient et comportant un certain nombre d'items semblables à ceux qui figurent dans la check-list pour le chirurgien.

L'objectif est de garantir le respect de l'obligation d'information en proposant au praticien d'indiquer si le patient a été informé du diagnostic, de son pronostic, des possibilités de traitement et leurs conséquences. On peut préciser sur cette fiche qui a assisté à la consultation : le patient, ses proches, un représentant du personnel soignant...

Cette fiche peut être étayée, le cas échéant, de documents présentés au patient pour faciliter sa compréhension de la prise en charge comme par exemple une plaquette informative, des schémas etc...

Dans l'idéal, ce document pourrait être adapté à chaque spécialité chirurgicale.

Pour aller plus loin...

Consulter ici : [la fiche spécifique "délivrance de l'information médicale, les bonnes pratiques en médecine d'urgence" élaborée par Vanessa Belpomme, PH SMUR hôpital Beaujon, en collaboration avec la DAJ](#)

Consulter ici : [le plan de la lettre de sortie](#)

Consulter ici : [le plan de la lettre au médecin traitant](#)