




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## ÉDITORIAL

# Accident de parcours...

## A chance we take...

La peau parle, la peau respire, s'enflamme, s'apaise, se tache, se fane...

Quel vecteur de communication ! Le dermatologue sait mieux que quiconque combien la peau peut être vécue par son patient comme une gêne quotidienne, une honte, sinon un véritable handicap. La demande, l'attente du patient du médicament salvateur est proportionnelle à la gravité de cette maladie qui le ronge au sens physique et souvent moral du terme. La maladie chronique est de celle-là.

Le dialogue qui s'instaure avec son dermatologue est partie intégrante du traitement et s'il est un domaine où l'information doit irriguer la relation médecin-patient, c'est bien celui-là. Alors, quelle est la bonne attitude à adopter quand le traitement qu'on avait préconisé, dont on avait, avec son patient, pesé les risques/bénéfices et qui lui apportait le soulagement si attendu est soudainement décrié, sinon retiré du marché ?

L'exemple du retrait du Raptiva® du marché européen dans le traitement du psoriasis, suite à la survenue d'une infection virale grave sinon mortelle, appelle à se poser cette question et à repenser aux fondements de ce qu'est la responsabilité médicale. Que faire ? Que dire ?

La jurisprudence des 60 dernières années et maintenant la loi du 4 mars 2002 qui en a consacré l'essentiel, permettent d'affirmer quelques grands principes autour desquels tout s'articule : bien soigner et informer, l'art du médecin dans sa composante technique et humaine.

### L'obligation de bien soigner

Elle est décrite par le Code de déontologie médicale à l'article R.4127-32 du Code de la santé publique :

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

L'article L.1110–5 du Code de la santé publique qui procède de la loi du 4 mars 2002, l'affirme aussi :

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté... »

Les textes sont clairs.

La qualité des soins dus aux patients doit être conforme aux connaissances « acquises », « actuelles », « avérées » qui font la médecine d'aujourd'hui.

Le corollaire indispensable de cette obligation réside sûrement dans la nécessité pour le médecin de se tenir informé, l'actualisation et le perfectionnement de ses connaissances étant même pour lui une obligation déontologique (Art. R.4127–11).

Dans la discussion qui s'instaure pendant une expertise médicale liée à un procès en responsabilité, l'amélioration des connaissances du médecin sur une pratique donnée est une question souvent posée par les experts. Comment se tient-il au courant ? Comment a-t-il réagi à une donnée nouvelle ?

L'alerte du Raptiva® comme les études sur les traitement hormonal de substitution (THS) ou tout autre médicament ayant défrayé la chronique imposent de remettre en question les traitements en cours, qui plus est, les traitements au long cours.

Le traitement d'une maladie chronique s'inscrit effectivement dans la durée. Le médecin doit se garder d'un renouvellement systématique de prescription non entouré d'une réflexion pointue ou des examens de contrôle nécessaires, d'une automédication dangereuse... Le long terme exige une évaluation constante. Gare aux facilités, aux dangers de l'habitude : l'envoi d'une ordonnance sans nouvel examen, une prescription téléphonique, peuvent s'avérer catastrophiques.

Ces « guidelines » du quotidien se renforcent singulièrement quand le médecin apprend – doit savoir – une nouvelle d'importance comme la suspension ou le retrait d'une AMM.

Avant même cette décision des autorités, il y aura, au sein de la spécialité, une zone perturbée faite d'interrogations et de contestations non encore abouties dans un consensus.

Cette période est bien délicate, plaçant le médecin face à ses décisions prises en toute conscience technique et éthique.

Qui dit alerte, dit réaction et sans doute précaution : il faut alors organiser le rappel des patients pour apprécier la situation, peut-être ne pas stopper brutalement le traitement mis en cause et discuter du remplacement le plus adéquat pour revenir au principe de base de l'art médical « Primum non nocere ».

Dans ce type de situation critique, la confrontation des idées et des pratiques est essentielle : lire, se

tenir informé, échanger au sein des sociétés savantes peut apporter une aide déterminante dans la conduite à tenir.

Si le médecin est alors chahuté, le patient n'est-il pas au cœur du cyclone ? Là encore, la réaction appropriée réside dans l'information qui doit lui être donnée.

## L'obligation de bien informer

L'alinéa premier de l'article 4127–35 du Code de la santé publique, définit l'obligation déontologique :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

L'un des tout premiers articles de la loi du 4 mars 2002, l'article L.1111–2 du Code de la santé publique, décrit le droit du patient d'être informé à tout moment de son traitement :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. »

Dans l'hypothèse du Raptiva®, on imagine le devoir de communication du dermatologue qui va devoir expliquer pour décevoir « Docteur, le traitement marchait si bien... », inquiéter, transmettre son doute face aux risques avérés alors que le doute est si difficile à partager « Vous croyez que je peux en mourir », ne pas avoir de certitude à proposer... »

La difficulté du « colloque singulier » est certaine, chronophage mais indispensable. Elle est consacrée par l'article L.1111–2 du Code de la santé publique qui montre bien que le praticien, tout au long de sa prise en charge, doit être amené à expliquer et même alerter sur les risques nouveaux identifiés.

Dans sa jurisprudence traditionnelle, la Cour de Cassation avait qualifié la délivrance d'une information comme « simple, approximative, intelligible et loyale... » N'est-on pas désormais « un cran au-dessus » ? À l'heure de l'Internet où vos patients sont gavés de connaissances plus ou moins bien appréhendées, « l'approximation » devient de plus en plus difficile.

D'où la suggestion de remettre au patient un document écrit qui sous-tend les explications orales données au cours de la consultation.

Cette remise peut être « actée » au dossier médical pour éventuellement prouver ce qui a été dit, puisque la charge

de la preuve de l'information donnée incombe désormais au médecin. Quelques lignes de plus dans le dossier peuvent se révéler bien utiles en cas de contestation. Petits moyens mais aussi sauvegarde contre l'oubli du patient qui plus tard dira « qu'il ne savait pas ».

À la difficulté technique de l'acte médical s'ajoute incontestablement celle de bien informer. Cet exercice délicat se rattache à l'humanisme et à l'éthique de la médecine, qui plus qu'une profession en font un art.

Comment mieux l'illustrer que par le célèbre mais ô combien juste propos du professeur Louis Porte : « Face au patient inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver ou simplement à guérir à travers l'inconnu des péripéties, l'acte médical normal n'étant essentiellement qu'une confiance qui rejoint librement une conscience. Le

consentement éclairé du malade, à chaque étape de ce petit drame humain, n'est en fait qu'une notion mythique. ». (*À la recherche d'une éthique médicale*. Masson et PUF, 1954).

La loi du 4 mars 2002 est passée par-là, gravant dans le marbre ce que le Code de déontologie médicale avait déjà si bien dit. La description aujourd'hui très précise de ce que doit être l'information du patient, tout au long de sa prise en charge, conduit le praticien à la gérer non plus comme un mythe mais comme une réalité du quotidien.

## Conflit d'intérêt

L'auteur n'a pas transmis de conflit d'intérêt.

C. Paley-Vincent

*Ginestie Magellan Paley-Vincent, Paris, France*

Adresse e-mail : [paley@ginestie.com](mailto:paley@ginestie.com)

Disponible sur Internet le 2 avril 2010