

*Patient information  
by the  
gastroenterologist*

Anne-Laure Tarrerias

10 rue Jean Richepin, 75116 Paris



Correspondance : A.L. Tarrerias  
anne-laure@tarrerias.fr

## L'information du patient par le gastro-entérologue

Tout patient doit recevoir avant un examen endoscopique une information loyale, claire et appropriée sur les modalités de cet examen, son intérêt et ses risques au cours d'une consultation. Cette consultation est suivie d'un délai de réflexion pour donner au patient le temps de s'organiser. Les explications orales apportées en consultation sont relayées par des supports écrits fournis par les sociétés savantes qui les rédigent suivant les modalités de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces documents sont régulièrement mis à jour et doivent être le support privilégié à utiliser en raison de leur exhaustivité. L'information et ses modalités doivent être tracées sur le courrier dicté au médecin traitant et/ou sur le compte rendu de l'endoscopie. L'information se poursuit après l'examen par l'annonce du résultat, d'éventuels contrôles à programmer. Si un prélèvement histologique est réalisé, le patient doit être informé qu'il va recevoir le résultat ou que les résultats seront envoyés au médecin traitant avec les consignes de suivi s'il en est. Toute complication doit être signalée.

L'absence d'information constitue une faute indemnisée par un préjudice indépendant appelé *préjudice d'autonomie*. En endoscopie digestive, l'expertise est partagée entre praticiens qui travaillent en équipe sur un plateau technique. Chacun est expert en différentes techniques : échoendoscopie, CPRE... Le patient a besoin assez souvent de ces techniques. La réalisation d'une consultation avant chaque acte peut alors devenir fastidieuse et source d'un retard de prise en charge. La Société

Française d'Endoscopie Digestive (SFED), en association avec le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie, a rédigé un document définissant les modalités du partage de l'information afin de permettre à un médecin prescripteur de centraliser l'information, d'organiser le parcours de soin du patient, de récupérer les résultats et les actes effectués, pour ensuite informer le patient de son diagnostic et des suites à donner. Ce document disponible sur le site de la SFED permet ainsi une prise en charge optimale du patient qui va recevoir des soins spécialisés par un opérateur expérimenté tout en recevant une information loyale et éclairée dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Le médecin référent peut faire partie de ce parcours s'il en maîtrise les modalités.

L'information médicale fait partie d'un grand nombre de consultations en gastro-entérologie qui est une spécialité médico-technique. Elle concerne tous les actes d'endoscopie mais aussi l'utilisation de médicaments à risque comme les anti-TNF, antiviraux... L'information est continue, pour l'annonce d'un résultat, d'une éventuelle surveillance. Cette information doit être traçable, la preuve incombe au gastro-entérologue.

Articles 35 (article R. 4127 - 35 du Code de la santé publique) :

« 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

Pour citer cet article : Tarrerias AL. L'information du patient par le gastro-entérologue. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 730-736. doi : 10.1684/hpg.2019.1813

du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

## L'information du patient

### Bases juridiques de l'information

La nécessité d'informer son patient des actes qu'il va subir, de la raison pour laquelle ces actes sont nécessaires, des suites auxquelles il va avoir à faire face et surtout des risques qu'il va prendre, a toujours été reconnue. Et c'est en 1995 que ce devoir sera expressément énoncé.

La loi du 4 mars 2002 dite *loi Kouchner* va formaliser ce devoir d'information puisqu'il va définir la notion d'aléa thérapeutique. Il en découle qu'une complication dite fréquente (en général, plus de 3 à 5 % d'incidence), donc prévisible, devient le risque du patient pour lequel la collectivité ne l'indemniser pas, par conséquent il doit pouvoir s'organiser avec ce risque : souscrire, s'il n'en a pas déjà, une assurance particulière, organiser son activité professionnelle si nécessaire ou sa vie de famille. Il s'agit donc pour le patient informé d'acquiescer l'autonomie de sa décision concernant un acte médical dont il a besoin.

Il est ainsi normal d'informer un patient du risque d'une intervention et des suites que cela suppose.

La Cour de cassation le 3 juin 2010 considère que le non-respect du devoir d'information qui en découle cause à celui auquel l'information était légalement due un préjudice, qu'en vertu de l'article 1382 du Code civil, le juge ne peut laisser sans réparation. Cela signifie que l'absence d'information peut être indemnisée à lui seul comme un préjudice distinct du préjudice corporel qui devient le préjudice d'autonomie.

L'article L.1111-2 du Code de la santé publique :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitement ou action de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leur conséquence, 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, traitement ou action de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée

doit être informée sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tous professionnels de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules les urgences, ou l'impossibilité d'informer, peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leur faculté de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la haute autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tous moyens.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquelles il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

L'information due au patient sur ses soins doit donc être continue, ce qui signifie qu'elle doit être délivrée avant l'acte, mais également après. Le patient doit ainsi être informé des résultats de son examen, des résultats d'analyse si elles ont été nécessaires et des suites à donner en termes de surveillance éventuelle ou de soins post-opératoires. La continuité de l'information doit être traçable dans le dossier sous forme d'un courrier explicatif, ou d'une consultation post-thérapeutique suivie d'un courrier au médecin traitant.

La problématique particulière des patients sous tutelle ou des mineurs implique que cette information revient non seulement au tuteur mais reste due au patient en fonction de sa capacité à la recevoir.

**/// L'information due au patient sur ses soins doit donc être continue ce qui signifie qu'elle doit être délivrée avant l'acte, mais également après ///**

### **Une information loyale, claire et appropriée**

Une information claire est une information qui doit être intelligible, simplifiée et sortie d'un langage trop technique. Les supports écrits fournis par les sociétés savantes et le plus souvent validés par des personnes non-médecin doivent être utilisés.

L'information doit être appropriée, ce qui signifie qu'on n'informe pas d'une angine banale de la même manière que pour un cancer généralisé.

Elle doit être loyale, ce qui signifie que tout mensonge est exclu.

L'idée globale est de permettre au patient de prendre une décision autonome dite éclairée pour les raisons citées ci-dessus.

Cela signifie qu'un patient peut refuser des soins et dans ce cas-là les raisons de ce refus doivent être traçables ainsi que toutes les possibilités et les efforts qui ont été réalisés pour expliquer au patient les conséquences de ce refus de soins. Arrive alors le délai de réflexion imposée par le législateur et qui suppose un temps minimum nécessaire entre l'information et l'acte (hors urgence).

De la même manière l'information ne doit pas être unique, elle s'impose tout au long de la prise en charge du patient, elle est renforcée à certains moments cruciaux, mais elle contribue à une relation de bonne qualité dans une confiance partagée.

### **Du délai de réflexion au consentement éclairé**

C'est après une période de réflexion, facilitée par la remise de documents écrits, de préférence proposés par les sociétés savantes, afin d'avoir une harmonisation sur le plan national, que le patient pourra prendre sa décision. Il consent à l'examen ou au traitement par le biais d'un consentement éclairé qui doit être traçable dans le dossier.

L'utilisation des documents d'information rédigés par les sociétés savantes permet de transmettre un pourcentage de risque tenant compte des données scientifiques, que l'on essayera d'adapter au cas du patient. Ces documents sont régulièrement actualisés en fonction des données de la science. L'évaluation de la fréquence du risque va définir le type de complication comme expliqué plus haut.

## **Comment délivrer l'information ?**

En 1997, l'arrêt Hédreul renverse la charge de la preuve en matière d'information du patient et c'est désormais au

médecin et non plus au patient qu'il incombe, en cas de litige, d'apporter la preuve qu'il a bien informé ce dernier des risques du traitement ou de l'investigation qu'il lui propose. Cette obligation porte même sur l'existence d'un risque exceptionnel si c'est un risque grave.

La Haute Autorité de Santé en 2008 stipule que cette information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel, ce qui suppose une consultation préalable traçable. Le meilleur moyen de tracer cette consultation est la rédaction d'une lettre au médecin traitant détaillant l'information délivrée, en se référant éventuellement aux documents fournis au patient, certains praticiens dictent ce courrier en présence du patient. La signature par le patient d'un document expliquant qu'il a bien été informé ne constitue pas à lui seul une preuve de cette information. S'il n'est pas précédé d'une consultation montrant que l'information a été délivrée et prouvant le contenu de cette information, ce type de document n'a aucune valeur.

**/// La Haute Autorité de Santé stipule que cette information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel, ce qui suppose une consultation préalable traçable ///**

## **Les risques en cas de défaut d'information**

Le défaut d'information constitue pour le praticien une faute qui sera indemnisée sous la forme d'un préjudice indépendant dit préjudice d'autonomie. La loi Kouchner de 2002 permet de différencier trois types de complications :

– L'aléa thérapeutique : c'est une complication rare, imprévisible donc pour laquelle il n'est pas possible d'informer le patient. C'est une complication liée aux soins ou à un acte de prévention. Ce doit être une complication non fautive. Dans ce cas, cette complication est indemnisée par la collectivité partant du principe que ceux qui vont bénéficier de l'acte ou des soins doivent payer pour ceux qui en subissent d'éventuelles conséquences.

– La complication fautive qui sera indemnisée par l'assurance du praticien ou de l'établissement hospitalier.

– La complication non fautive prévisible dont la fréquence est de plus de 3 ou 5 % pour laquelle le patient a été informé, c'est son risque, il ne sera pas indemnisé par la collectivité, il peut l'être éventuellement par son assurance privée qu'il aura souscrite ou par la Sécurité sociale pour la prise en charge de ses soins et éventuellement ses arrêts de travail s'il est salarié.

Le défaut d'information va transformer toute complication en complication fautive, d'où l'importance de cette étape qu'il appartient au médecin de prouver.

## L'information en endoscopie

### L'information avant un premier examen endoscopique

L'information a lieu en consultation. Pour tracer cette information, le courrier au médecin traitant stipulant les indications de l'examen, décrivant l'information fournie et éventuellement le type de document remis est un bon moyen, on peut ajouter la mention : « *courrier dicté en présence du patient, ou courrier remis au patient en main propre* ». Sur le compte rendu de l'examen, n'hésitez pas à noter que le patient a été informé des modalités de l'examen en consultation avec le nom du praticien qui a délivré l'information, notez qu'il a reçu le document X ou Y, et qu'il consent à l'examen.

### L'information après la réalisation de l'examen endoscopique

L'information après l'examen comprend deux étapes : Les premiers résultats, puis secondairement lorsqu'il y a une analyse histologique, il faut informer le patient du résultat de l'analyse et des éventuelles surveillances nécessaires ensuite. Un deuxième aspect est celui de l'information en cas d'éventuelle complication que l'on abordera un peu plus loin.

### • Comment tracer l'information dans le dossier

Il y a plusieurs solutions : ajouter dans la conclusion du compte rendu de l'endoscopie une phrase du type : « *j'informe le patient des résultats de son examen* », ou une mention : « *ce compte rendu est adressé par courrier au patient* ».

Noter dans la conclusion qu'un contrôle sera proposé en fonction des résultats histologiques, vous montrerez ainsi que le patient est dans la boucle d'information.

Si l'examen est normal et qu'un contrôle reste nécessaire en raison de facteurs de risques, indiquez-le dans la conclusion de l'examen et indiquez le délai requis.

À réception de l'histologie, adressez un courrier au patient et conservez une copie du courrier envoyé au patient, en indiquant le délai de contrôle proposé.

Enfin, l'information du médecin référent par l'envoi du compte rendu de l'examen et des résultats histologiques permet le respect du parcours de soins coordonné. L'envoi au médecin référent par l'anatomopathologiste des résultats directement est un bon moyen de traçabilité car sur le compte rendu d'histologie apparaît les coordonnées du médecin correspondant, ce qui appuie le fait que vous intégrez systématiquement le médecin dans la boucle d'information.

### • Comment assurer la surveillance : doit-on reconvoquer les patients à la date d'échéance ?

L'article L1111-5 du Code de santé publique nous indique que le patient prend les décisions sur sa santé, une fois informé par son médecin.

Par conséquent, reconvoquer le patient n'est pas une obligation dans la mesure où il est informé de la nécessité de ce contrôle.

Peut-on reprocher au gastro-entérologue de reconvoquer un patient à la date d'échéance ? La commission juridique de la SFED a interrogé l'Ordre national des médecins sur ce point délicat. L'Ordre écrit clairement que le gastro-entérologue n'a pas l'obligation de reconvoquer, il ne dit pas que cette reconvoque n'est pas possible.

Mais la mise en place d'un tel système n'est pas aisée, des outils informatiques pourraient nous aider dans le futur. L'idéal serait sans doute d'obtenir que les associations régionales responsables du dépistage du cancer se chargent de ce travail, un tel dispositif optimiserait la politique de prévention du cancer développée en France.

En attendant, le gastro-entérologue qui souhaite reconvoquer ses patients est en droit de le faire mais cela ne le dispense pas d'une information préalable à la nécessité d'un contrôle.

## La délégation de l'information en endoscopie digestive

Les maladies digestives requièrent souvent l'intervention d'opérateurs différents spécialisés chacun dans une technique, afin d'apporter au patient les soins les plus adaptés et surtout en conformité avec les données de la science : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* » (Art L.1110-5 alinéa 1 du CSP).

De plus en plus, les praticiens travaillent de manière multidisciplinaire en apportant chacun leur compétence au sein d'un plateau technique ou d'un réseau de soins. Le patient reste en général attaché à un interlocuteur privilégié qui est son gastro-entérologue ou son médecin référent.

Le patient de par la loi se doit d'être informé de son état de santé d'une part et des modalités de l'examen et/ou du traitement dont il va bénéficier d'autre part suivant les modalités décrites ci-dessus et dans le chapitre précédent.

CSP L 1111-7 : *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels de santé ou des établissements, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels (résultats d'examen, Cr de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, prescriptions thérapeutiques, feuilles de surveillance).*

Ainsi, pour les praticiens spécialistes qui travaillent en équipe dans le cadre d'une prise en charge collégiale, le partage de l'information concernant un patient peut se révéler complexe (*encadré 1*). Dans l'intérêt du patient, il est parfois préférable qu'un seul praticien, interlocuteur privilégié du patient, organise son parcours de soin, lui transmette l'ensemble des éléments de son dossier, lui explique le projet thérapeutique, les modalités des examens envisagés. Dans ce cas, ce praticien devra remettre au patient les documents d'information adéquats.

R.4127-64 CSP : *Lorsque des médecins concourent aux soins d'un même patient, ils doivent se tenir mutuellement informés même s'ils assument personnellement les responsabilités liées à l'information que chacun doit à son patient dans le périmètre de sa sphère de compétence.*

Lorsque l'acte envisagé nécessite une compétence particulière (sphinctérotomie endoscopique, ponction ou drainage sous échographie...), sa réalisation peut être confiée à un confrère de même spécialité ayant une expertise spécifique.

En pratique, tel est déjà le cas pour la consultation pré-anesthésique, au cours de laquelle des informations importantes sont données au patient par un praticien spécialisé en anesthésie-réanimation concernant les conditions de réalisation de l'acte et les risques potentiels liés à l'anesthésie. Or, ces informations ne sont pas toujours délivrées par le médecin qui procédera ensuite à

l'anesthésie ; cette réalité est d'ailleurs mentionnée dans le document de la Société française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) qui est remis au patient lors de cette consultation.

Aussi, dans la même logique, la SFED a mené cette réflexion sur les conditions de l'information des patients lorsque plusieurs praticiens interviennent dans leur prise en charge.

Plusieurs situations ont ainsi été identifiées.

### **Patient adressé par son médecin traitant « prescripteur » à un gastro-entérologue « opérateur »**

Chaque praticien ne peut et ne doit délivrer des informations que dans le strict respect de ses compétences. Ainsi, si le praticien prescripteur se charge aussi de l'information sur les modalités, et les risques de l'examen, il doit avoir une parfaite connaissance de l'acte, et tracer cette information. Ce médecin peut se rapprocher du gastro-entérologue pour s'assurer que l'information qu'il délivre est bien adaptée à l'exploration prévue. Le praticien prescripteur peut aussi orienter son patient vers une consultation spécialisée préalable auprès de l'opérateur.

Le jour de l'acte, le gastro-entérologue « opérateur » doit prendre connaissance du dossier médical, voir le patient avant son geste, s'assurer qu'il a reçu l'information nécessaire, répondre à ses questions et si besoin compléter l'information.

Le gastro-entérologue opérateur pourra retarder l'acte s'il considère que le patient n'a pas été correctement informé. Il conserve également la possibilité de ne pas effectuer l'examen en expliquant les raisons de ce refus au patient.

#### **Encadré 1**

Règles à respecter dans la délégation de l'information :

- Organisation conjointe, entre les praticiens amenés à travailler ensemble dans le cadre d'une équipe, des conditions de l'information.
- Information complète et éclairée donnée lors d'une consultation initiale par un « prescripteur » connaissant l'acte, ses indications et ses risques. L'information doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques et un document d'information, idéalement celui de la SFED, doit être remis au patient.
- Information du patient sur cette organisation et de la possibilité d'un report de l'examen prévu après la consultation du praticien « opérateur ».
- Préalablement à la réalisation de l'acte, et avant toute anesthésie, examen du dossier médical et du patient aux fins de vérification de l'indication ainsi que de la bonne compréhension par le patient des informations préalablement délivrées. Cette vérification peut avoir lieu le jour même.
- Traçabilité des informations délivrées sur tout support et moyen approprié (dossier médical d'hospitalisation, courrier, dossier médical personnel du prescripteur...).
- Communication de toutes les données médicales nécessaires au confrère « opérateur » amené à réaliser l'acte.
- Transmission des résultats de l'acte, et des suites au médecin prescripteur et au patient.

L'objectif est une prise en charge collégiale dans le cadre de la discipline, dans des conditions de rigueur, de sécurité et de qualité optimisées dans l'intérêt des patients et dans le respect strict du devoir d'information. »

Après l'examen, le gastroentérologue informe le patient de ses résultats, des éventuels contrôles ou surveillances à entreprendre. Il doit également en informer le prescripteur. Toute complication doit être signalée au patient comme au praticien prescripteur. Cette information doit être traçable.

Cette situation doit être le reflet d'une collaboration entre praticiens, dans laquelle le patient se sent en confiance car parfaitement informé, il doit pouvoir poser toutes les questions dont il a besoin.

### **Patient confié par un confrère de même spécialité n'exerçant pas dans la même structure**

Dans la mesure où le prescripteur et l'opérateur ont la même spécialité, tout en n'exerçant pas dans la même structure, l'information est facilitée mais elle doit respecter les préconisations citées au paragraphe 1, y compris concernant la traçabilité.

Avant l'examen, l'opérateur s'assure de la bonne indication de l'acte, et de la qualité de l'information fournie par son confrère gastroentérologue. L'information est ici partagée entre le prescripteur et l'opérateur.

Après l'examen, les résultats doivent être transmis au patient et au prescripteur de la même manière qu'au paragraphe 1. Toute complication doit être signalée.

### **Conditions de l'information du patient dans le cadre d'une prise en charge en équipe au sein d'un établissement de santé**

La situation particulière de l'hospitalisation implique en général que plusieurs intervenants, parfois de spécialités différentes, soient en charge du patient. Au-delà de l'information du patient, il y a alors la nécessité d'un partage du dossier médical, et des informations médicales entre les praticiens.

Rappelons que :

*« ...II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations doivent être données par la personne à l'ensemble de l'équipe.*

*Le partage entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés... » (Art.L.1110-4 CSP).*

Ainsi quand un praticien est sollicité pour donner un avis technique pour un patient hospitalisé dans une autre unité, le patient doit en être informé préalablement. S'agissant des actes de gastro-entérologie, tout doit être mis en œuvre pour que le patient reçoive une information adéquate sur l'examen prévu et pour tracer cette information. Malgré la multiplicité des intervenants en hospitalisation, en général un praticien reste l'interlocuteur privilégié : le praticien qui a organisé l'hospitalisation, le praticien de l'établissement qui suit habituellement le patient... Ce praticien doit vérifier l'indication de l'examen, délivrer au patient une information adaptée, il peut pour cela se rapprocher du gastro-entérologue de l'établissement, il doit tracer cette information dans le dossier médical.

La consultation pré-anesthésique reste impérative.

Le jour de l'examen, le praticien opérateur devra s'assurer de l'indication de l'examen, de la qualité de l'information délivrée au patient avant l'examen et avant toute anesthésie, de la bonne compréhension par le patient des modalités de l'examen, il doit disposer de l'intégralité des éléments nécessaires à la prise en charge.

Si pour des raisons de disponibilité, d'organisation de l'unité d'endoscopie ou d'absence, l'opérateur ne peut faire l'examen prévu, il peut en confier la réalisation à un confrère de même compétence, mais à la condition impérative d'avoir préalablement informé le patient de cette possibilité et recueilli son consentement. Naturellement, le confrère devra avoir été rendu destinataire de l'intégralité des éléments nécessaires à cette succession dans la prise en charge du patient (transmission de tous les éléments médicaux nécessaires et traçabilité).

De la même manière, le praticien interlocuteur privilégié en charge du patient hospitalisé doit être informé des résultats de l'examen, des éventuels actes techniques réalisés et du suivi à apporter au patient. Toute complication doit être signalée ainsi que les soins éventuels nécessaires pour la bonne prise en charge du patient. Cette information doit être traçable dans le dossier médical. Le patient doit être informé aussi des résultats de son examen et du suivi éventuel dont il aura besoin.

### **L'information du patient en pratique**

Si cette notion de nécessaire information du patient a été bien intégrée dans la pratique courante du médecin aujourd'hui, il n'en reste pas moins que beaucoup de

patients conservent une impression de mauvaise information.

Qu'en est-il au juste du degré d'information de notre patient après :

- Une consultation dédiée au diagnostic, la prescription d'un ou plusieurs examens complémentaires endoscopiques.
- Une consultation d'anesthésie.
- La réception de documents d'information administratifs délivrés par l'établissement.

De nombreux documents sont confiés au patient qui vit dans un monde où l'écrit est remplacé par le numérique, la vidéo. Soixante pour cent des consultations sont en effet suivies d'une recherche d'informations sur Internet, notamment sur Google. La qualité de l'information délivrée par ces outils est plus que discutable puisqu'elle ne fait l'objet d'aucun contrôle, au nom de la liberté d'expression. La diffusion d'informations totalement erronées est susceptible de pénaliser un malade, en interférant dans son parcours de soins.

Les sociétés savantes font de grands efforts pour faciliter l'accès à des explications, formalisées et adaptées, sur des examens qui sont devenues de plus en plus techniques et pointus. Les sociétés savantes suivent les données de la science pour maintenir à jour ces informations.

Mais elles n'ont aucun contrôle sur Internet, forum géant, qui peut altérer la relation de confiance entre le praticien et son patient.

Ainsi la notion d'information claire, si elle se comprend du point de vue du législateur, est parfois une réalité bien difficile.

## Conclusion

L'information de nos patients quant aux risques d'examens endoscopiques diagnostiques ou thérapeutiques est indispensable et les documents fournis par la Société Française d'Endoscopie Digestive constituent un outil de choix pour cela. En pratique, les patients restent néanmoins confiants et ne sont pas toujours en demande de tous les détails que nous leur donnons. Cette confiance fait partie de la relation humaine qui caractérise la profession de médecin, elle reste la base de notre quotidien. Les « *fake news* », devenues régulières sur internet, devraient faire l'objet d'un contrôle mais à défaut, pourraient un jour devenir l'objet d'une procédure pour perte de chances.

### Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.



**Vous souhaitez recruter un médecin pour compléter votre équipe médicale ?**

**Pour une diffusion maximale de votre petite annonce**

- > dans la revue de votre choix parmi toutes nos revues
- > sur notre site [www.jle.com](http://www.jle.com)

- Contactez Corinne Salmon  
**01 46 73 06 63**  
[corinne.salmon@jle.com](mailto:corinne.salmon@jle.com)
- ou connectez-vous sur la rubrique Petites annonces de notre site [www.jle.com](http://www.jle.com)