

Information pré-opératoire: un devoir d'optimisation

La recherche en matière d'information du patient est un élément décisif pour la médecine et le droit

HP. Kuhn, avocat, secrétaire général adjoint de la FMH

The value of abiding truthfulness has always guided scientific pursuits. In this age of medical science we must study with equal scientific relentlessness whether truthfulness can guide human interactions as well. (Jay Katz, 1993 [1])

Résumé

La jurisprudence du Tribunal fédéral concernant l'information préopératoire du patient est de fait un appel à l'optimisation (pas à la maximalisation) de l'information du patient. Des études systématiques en Suisse et à l'étranger en matière d'information du patient forment la base d'une reconsidération et d'une amélioration des entretiens préopératoires.

Les résultats de cette recherche sont par la même occasion d'une importance décisive en matière de responsabilité civile. Exiger une information optimale signifie que l'évidence scientifique doit être de règle, aussi bien sur le plan de l'appréciation médicale que juridique.

L'information du patient soulève également la question des ressources: quelles sont les sommes à disposition pour la recherche en la matière et à qui les demander? Combien de temps les médecins d'hôpitaux peuvent-ils consacrer à l'information de leurs patients?

Introduction

A la fin des années 80, la question des entretiens d'information a creusé en Suisse un fossé apparemment infranchissable entre le droit et la médecine. D'une manière quelque peu réductrice, on peut dire que les médecins ont eu l'impression que les juristes les considéraient comme des demis-dieux paternalistes opérant leurs patients sans perdre le moindre temps

à les informer des risques encourus. De leur côté, les médecins avaient le sentiment que l'argumentation des juristes était totalement étrangère à la pratique. De manière empirique, les médecins estimaient les possibilités de leurs patients de comprendre et de supporter une information exhaustive sur les risques d'une opération comme relativement faibles. Enfin, et ce n'est pas une observation mineure, ils considéraient l'exigence des juristes de fournir la preuve du «consentement éclairé» du patient comme irréalisable.

Quelle est la situation actuelle en Suisse? Par le présent article, je tiens à faire le point sur la jurisprudence souvent mal comprise de notre Tribunal fédéral et à montrer que certains éminents juristes en Suisse, thèses récentes à l'appui, s'expriment de manière différenciée et réaliste sur la question de l'information préopératoire. De brefs rappels historiques mettent en évidence les travaux réalisés et coordonnés par la FMH et les sociétés de discipline médicale sur le sujet depuis les années 90. Les résultats d'études effectuées jusqu'ici en Suisse et les résultats d'une recherche dans la littérature font apparaître que l'information préopératoire fait partie du temps consacré à la recherche médicale comme toute thérapie proprement dite. La recherche en matière d'information permettra d'optimiser l'entretien préopératoire tout en livrant le fondement décisionnel pour trouver des solutions probantes aux litiges en matière de responsabilité civile. L'article se termine – comment pourrait-il en être autrement? – par la question du financement.

Je n'aborderai *pas* ici l'information sur les frais de traitement, problème qui n'a pas changé depuis l'article publié dans le Bulletin des médecins suisses de 1995 [2]: concernant les interventions chirurgicales non urgentes, médecin et patient doivent convenir qui devra éclaircir la question de la couverture des frais avant l'hospitalisation (le médecin, l'hôpital ou le patient lui-même). Le patient doit savoir à quoi s'en tenir.

Ce que dit réellement le Tribunal fédéral

On peut comprendre que la lecture du texte intégral, en version originale, des jugements du Tribunal fédéral en matière d'information du patient ne fasse pas partie des loisirs favoris du corps médical suisse. Mais ces arrêts du Tribunal fédéral – ignorés – étant précisément et souvent l'objet de discussions, le corps médical s'en est fait à mon avis, au cours des années, une image déformée.

La réalité se présente de la manière suivante:

1. Il est intéressant de relever qu'il existe moins d'arrêts du Tribunal fédéral connus sur la question de l'information que le corps médical pourrait s'imaginer. J'en présente la *totalité* ci-après [3].
2. Il en va du droit comme de la médecine: la situation concrète est déterminante (celle du patient ou le cas présenté devant un juge). Pour comprendre la jurisprudence, il s'agit donc de prendre en considération les situations médicales qui don-

Correspondance:
Hanspeter Kuhn, avocat
FMH
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 16

ment lieu au jugement – et selon mon expérience, les médecins qui le font sont, eux aussi, d'avis que le Tribunal fédéral a pris la bonne décision.

3. Selon le Tribunal fédéral, le patient doit pouvoir décider de se soumettre à une intervention chirurgicale *en connaissance de cause*, mais l'information ne doit *pas lui faire peur*. C'est un mandat explicite revenant à la médecine que *d'optimiser* l'information (et non pas de submerger le patient avec un flux d'informations qu'il ne pourra pas assimiler).

L'argumentation du Tribunal fédéral entre 1979 et 1999 ayant considérablement évolué – en parallèle avec la société et la médecine – je relate ici ses décisions chronologiquement (en commençant par les plus récentes).

1999: «L'information est un échange entre médecin et patient», co-responsabilité du patient [4]

A la suite d'un accident du travail en 1992, le patient concerné a dû se faire opérer l'épaule, avec anesthésie du plexus nerveux sur le côté droit du cou. Les troubles subjectifs du patient (sensation de picotements dans les doigts, douleur à la pression à l'endroit de la piqûre) n'ont pas pu être objectivés. En raison de douleurs persistantes et de soupçon d'adhérences, une révision opératoire a eu lieu en 1993 avec la même méthode anesthésique. Par la suite, le patient s'est plaint d'une voix modifiée, faible et rauque. Des examens pratiqués alors ne donnèrent pas d'indication claire de troubles neurologiques. Le patient a porté plainte contre l'hôpital. Il reprochait à l'anesthésiste un manque d'information par rapport à la seconde intervention [5]. Le tribunal cantonal, la cour d'appel et, en dernière instance, le Tribunal fédéral rejetèrent la plainte et le patient ne reçut pas d'indemnités.

Extrait des motifs avancés par le Tribunal fédéral: «L'information est un échange entre médecin et patient. Elle exige la coopération des deux parties» [les mises en évidence des arrêts de tribunal le sont par l'auteur*]. Un patient qui, selon son expérience, a des doutes quant à un mode de traitement déterminé, peut s'informer plus avant sur des alternatives thérapeutiques. S'il ne le fait pas ou avec insuffisamment d'insistance, il porte au moins une part de la responsabilité du déficit d'information. Le reproche à faire au médecin est par conséquent moins lourd. Cela peut aussi se concevoir en cas d'espèce – en application par analogie de l'art. 44, 1^{er} al., du Code des obligations [6] – abstraction faite d'une demande de réparation.» (consid.3.a)

Il s'est avéré que la veille de l'intervention, un entretien a eu lieu entre le patient et l'anesthésiste. La teneur de l'entretien n'a cependant pas pu être reconstituée.

* Note du bureau de traduction de la FMH: les passages cités en allemand entre guillemets sont traduits et ceux en anglais sont repris tels quels.

«Si le plaignant avait, comme il le prétend, nourri des soupçons sérieux contre le recours réitéré à la méthode d'anesthésie utilisée lors de la première opération, il aurait eu tout loisir de s'informer plus avant sur les solutions de rechange, leurs avantages, ainsi que les inconvénients et les risques impliqués. Ce qu'il n'a vraisemblablement pas fait ou avec insuffisamment d'insistance. Dès lors, s'il n'a effectivement pas été informé de manière suffisamment exhaustive, il est au moins *co-responsable*. En regard de la portée limitée des lacunes d'information [pas de dommage objectivable; remarque de l'auteur] et compte tenu de la co-responsabilité du plaignant, la réparation ne se justifie pas non plus si l'anesthésiste ... n'a pas suffisamment répondu à son devoir d'information.» (consid.3.c)

Commentaire: le Tribunal fédéral n'attribue plus au patient un rôle uniquement passif.

1998: l'exécution d'une intervention non souhaitée réalise les éléments constitutifs d'une lésion corporelle; jugement de droit pénal [7]

L'intervention prévue du chirurgien plastique sur la patiente était un lifting cou-visage et une résection de l'articulation moyenne du troisième orteil du pied droit. Au cours de l'opération, le médecin a décidé d'opérer également le deuxième orteil du pied droit. La question de savoir s'il fallait également opérer ce deuxième orteil avait été, notons-le, sujet de discussion entre médecin et patiente avant l'opération. Pour le tribunal cependant, la patiente n'a en fait ni donné de mandat d'extension de l'intervention, ni accordé au médecin le mandat de prendre cette décision au cours de l'intervention. La seule raison d'intervenir était donc l'opinion du médecin, à savoir «sa conviction de la nécessité médicale d'intervenir». Le Tribunal fédéral a estimé cependant, en l'occurrence, que la volonté connue de la patiente était déterminante et non la conviction du médecin. Le chirurgien a donc été condamné à 7 jours de prison pour lésion corporelle. Un sursis conditionnel a été accordé, assorti d'une période probatoire de deux ans.

Commentaire: jugement convaincant. Il ne s'agissait pas d'explication sur les risques, ni d'extension intra-opératoire en situation peu claire, mais seulement tout simplement d'inobservation du mandat du patient.

1998/1995: stérilisation ratée: pas d'indemnisation
Dans deux arrêts, du 14 décembre 1995 [8] et du 1^{er} décembre 1998 [9], le Tribunal fédéral a refusé des prétentions en dommages-intérêts pour stérilisation non réussie, qui se fondaient sur l'absence d'informations sur le risque d'échec possible.

Je me limiterai à la plus récente décision. Il apparaissait évident que l'information sur le risque d'échec n'a pas eu lieu. Selon le Tribunal fédéral, il aurait fallu informer sur la méthode, les chances de succès et les risques. Les éléments constitutifs du défaut d'information étaient donc donnés. Mais le Tribunal fédéral a écouté les experts médicaux qui ont expliqué que les couples informés des risques d'échec

ne renoncent pas pour autant à une ligature tubaire. L'expérience humaine étant ce qu'elle est, on peut supposer que ce couple-là aussi aurait pris en compte le risque en question. Aux yeux du juge, cet argument s'est révélé probant en raison du fait, également, que le couple n'avait pas choisi, après la naissance de leur quatrième enfant, de protection absolument sûre, mais simplement l'intervention plus radicale de la salpingectomie. Le niveau culturel au-dessus de la moyenne a également joué un rôle. On pouvait attendre du mari, universitaire, qu'il pose des questions ciblées sur la sûreté de la méthode de stérilisation.

Commentaire: la prise de position de l'expert sur l'importance de l'information (comment réagissent les patients informés?) a été pour le juge déterminante. La question demeure ouverte de savoir si le tribunal aurait pris la même décision en présence de non-universitaires.

1995: Cécité à la suite d'une seconde intervention ophtalmologique sans information supplémentaire: pas de dommages-intérêts [10]

Le patient souffrait depuis son enfance de forte myopie s'accroissant, l'âge aidant, de manière inhabituellement rapide. Après avoir eu besoin d'une correction dioptrique de -30 (à droite) et de -32 (à gauche), il a décidé de se soumettre à l'opération, à savoir la mise en place d'implant de Baikoff à droite, réussie, en août 1989. La même intervention a eu lieu à gauche, en décembre 1989. Des complications sont apparues rapidement et, à la suite d'une infection, l'implant et le cristallin de l'œil gauche ont été retirés en avril 1990. Depuis, le patient est aveugle de l'œil gauche.

L'expertise n'a pas conclu à une faute de traitement. Restait à déterminer la question de l'information. La probabilité d'infection et d'hémorragie, selon l'expertise, se situait à 1 pour mille.

Pour le Tribunal administratif de Fribourg, en tant que première instance, il était surtout important que le médecin lui ait dit qu'il était un «patient à haut risque». Le patient a déclaré lui-même qu'il savait que l'opération entraînait un «risque résiduel» et qu'il devait rester, p. ex., plus longtemps à l'hôpital. Il se trouve que le patient ne pouvait plus travailler avec ses lunettes et ne s'aventurait presque plus à sortir seul dans la rue. Il avait des difficultés même avec des verres de contact. Selon le Tribunal administratif de Fribourg, l'opération était dès lors pour lui si importante qu'il l'aurait acceptée, même en meilleure connaissance de cause. Le Tribunal fédéral s'est rallié à la décision du tribunal cantonal pour deux raisons: 1. le patient était au courant des risques que comportait l'opération; 2. il serait peu vraisemblable qu'après une première intervention réussie, il ait renoncé à se faire opérer l'autre œil après une nouvelle information sur les risques encourus. Le patient n'a pas reçu d'indemnités.

Commentaire: le tribunal s'est efforcé, loin de toute idéologie, de présenter la situation du point de vue concret du patient. De fait, le patient était en principe au courant, sur la base de la première opération et de l'information qu'il était un «patient à haut

risque». Une nouvelle information détaillée sur les chances et les risques n'aurait pas modifié sa décision [11].

1991: le patient doit donner «son consentement éclairé» mais l'information ne doit pas «l'alarmer»; mandat d'optimisation donné à la médecine; indemnité accordée [12]

Chez un patient accidenté en 1979, le diagnostic différencié d'une hernie discale thoracique a conduit à pratiquer une laminectomie décompressive dans la région de la colonne vertébrale thoracique. Depuis, le patient est paraplégique.

Dans son arrêt, le Tribunal fédéral a suivi le principe général selon lequel «le patient doit être informé sur l'intervention ou le traitement dans une mesure suffisante pour pouvoir donner son consentement en connaissance de cause. L'information ne doit cependant pas éveiller en lui des craintes néfastes pour son état de santé». On ne saurait que souscrire, à mon avis, à cette orientation fondamentale, aussi bien du point de vue des juristes que des médecins. Le Tribunal fédéral ne fait dès lors que délivrer un *mandat d'optimisation* à la médecine: quel type d'information le patient peut-il saisir et assimiler sans dommages, et quelle est son étendue?

On ne saurait cependant se contenter de ces réflexions juridiques générales sans prendre également en considération les *prises de position des experts* qui, pour le juge, font en quelque sorte partie de son anamnèse du cas. Se fondant sur l'expertise, le Tribunal fédéral a résumé la situation ainsi: «les spécialistes en neurochirurgie [...] devaient savoir qu'une laminectomie pratiquée au-dessus des vertèbres dorsales 10-11 comporte pour environ 35% un risque de paraplégie subséquent et que dans près de 70% des cas, on ne peut guère espérer une amélioration de l'état du patient. Il s'imposait de renseigner expressément le demandeur sur ce pronostic très défavorable, en lui indiquant au moins des pourcentages approximatifs. Le défendeur (le canton d'Argovie en tant que répondant hospitalier) n'a pas prétendu dans ses écritures que cela ait été fait. L'anamnèse hospitalière citée plus haut est d'ailleurs trop imprécise à ce sujet. Il n'apparaît pas non plus, dans le dossier du patient, que le demandeur ait été informé des possibles complications opératoires.»

Lorsque je discute avec des médecins de tels éléments de l'expertise, on me dit souvent que l'opération était sans doute prématurée en cas d'espèce. On aurait pour le moins dû, compte tenu de *l'indication incertaine*, en peser plus ouvertement le pour et le contre.

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a de surcroît accepté *l'argument* selon lequel le patient dûment informé aurait également donné son *accord de principe* à l'intervention (les juristes parlent dans un tel cas de «consentement hypothétique»). Selon le tribunal cependant, le patient a fait valoir de manière convaincante que s'il avait été mieux informé, il aurait «sans doute demandé de reculer l'opération pour observer le développement de son état de santé et chercher

d'autres méthodes thérapeutiques. D'autre part, le défendeur n'a pas réussi à prouver un quelconque caractère d'urgence de l'opération en question.»

Commentaire: le Tribunal fédéral donne à la médecine un mandat à proprement parler d'optimisation. En fait, le jugement critique le fait que jusqu'ici, dans le monde juridique, la décision de principe en matière de devoir d'information a été la question de savoir si la recommandation d'opérer se justifiait réellement.

1989: troisième opération cardiaque d'un jeune enfant; pas d'octroi de dommages-intérêts, les parents ayant su, en principe, la situation de haut risque encourue [13]

Lors d'une troisième opération cardiaque, en 1981, un enfant de trois ans a subi une sévère lésion cérébrale en raison de l'introduction d'une canule au faux endroit. Aucune faute de traitement n'a été établie. Par rapport à l'information, il est apparu clairement, pour le tribunal, que les parents connaissaient les risques inhérents d'une troisième intervention cardiaque «vitale, mais des plus complexes», vu la sévère malformation congénitale de leur enfant et les deux interventions précédentes. «L'intervention représentait pour les parents comme pour l'enfant la dernière chance à saisir.»

Tout commentaire est inutile.

1988: complications lors de l'ablation de polypes; dommages-intérêts pour faute professionnelle – information non critiquée [14]

Un petit polype duodénal a été retiré lors d'une endoscopie thérapeutique ambulatoire pratiquée en 1982 à l'Hôpital universitaire. Des hémorragies internes ont rendu nécessaires plusieurs opérations. Le patient est resté 23 jours sans connaissance en division de soins intensifs.

Le Tribunal fédéral a admis la faute de traitement. Par rapport à l'information, «on ne sait pas de manière sûre ce qui a été dit (au patient) concernant les risques de complications. Il semble que l'on ait plutôt tendu à donner une explication apaisante. [...] Vu le risque à l'époque considéré comme léger, on a pu renoncer à une information plus spécifique. Précisément face à un patient anxieux comme le demandeur, la réserve était de mise. Il est dès lors inutile de vérifier si le demandeur aurait autorisé l'intervention en cas d'information plus exhaustive.»

Commentaire: l'information n'a pas été critiquée devant le tribunal, d'une part en raison de l'état d'anxiété du patient (un ingénieur napolitain né en 1929) et d'autre part parce que les statistiques du taux de complications (15%) des polypes duodénaux n'ont été connues qu'après 1982.

1982: Extension non convenue d'une opération: octroi de dommages-intérêts et indemnisation [15]

Une patiente a convenu en 1971 avec son médecin de pratiquer une réduction mammaire avec excision de kyste et correction plastique. Se réveillant après l'intervention, la patiente a constaté que le médecin avait pratiqué une mastectomie totale sous-cutanée avec

reconstruction à l'aide d'une prothèse Ashley. L'examen histologique a eu pour résultat une «hyperplasie scléro-kystique des glandes mammaires, soit la présence d'une multitude de kystes d'une taille variant entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un petit pois». Les prothèses ont dû être éliminées en raison de complications deux mois plus tard. Selon le Tribunal fédéral, le médecin a entrepris une «opération plus mutilante et donc autre que celle que la demanderesse [la patiente] pouvait envisager.» De plus, les experts ont précisé «que l'intolérance aux prothèses n'avait rien d'exceptionnel». Le médecin a dû verser Fr. 35 000.– de dommages-intérêts (pour les interventions) et Fr. 20 000.– de réparation (pour tort moral). *Commentaire: il ne s'agissait pas de risque opératoire, mais d'extension de l'opération.*

1979: diagnostic discuté en clair non pas avec le patient, mais avec son épouse [16]; pas d'indemnisation

L'affaire a concerné l'étendue d'une opération effectuée en 1973. Le patient a critiqué l'intervention supplémentaire concernant «l'ablation du colon et de l'intestin grêle». Le médecin n'aurait parlé qu'en général de la nécessité d'une nouvelle intervention, parce que l'on avait décelé «une nouvelle tumeur de 10 cm sous le côlon».

Dans son arrêt, le Tribunal fédéral a retenu pour la première fois le principe du devoir d'informer: «Le médecin est tenu à une *information simple, intelligible et loyale* concernant le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique. Sur ce dernier point, le malade doit être suffisamment renseigné sur la nature du traitement préconisé et ses répercussions possibles.» [17] En même temps, il a indiqué que le devoir d'information ne doit pas aller jusqu'à «alarmer le malade, et partant, à porter préjudice à son état physique ou psychique, ou à compromettre le succès du traitement» [18].

Le Tribunal fédéral s'est prononcé en faveur du médecin, étant donné que celui-ci avait informé auparavant le médecin de famille et l'épouse du patient et que ces derniers l'avaient dissuadé de communiquer la teneur exacte du diagnostic au patient.

Commentaire: c'est le premier jugement dans lequel le Tribunal fédéral a établi des principes généraux en matière d'information. Concrètement, il ne s'agissait pas de risque, mais de la raison d'intervenir et de la portée de l'intervention.

Que pensent les juristes suisses chefs de file dans ce domaine? Qu'écrivent aujourd'hui les universitaires dans leurs thèses?

Le souci de différenciation et de réalisme dont font preuve les juristes suisses spécialisés lorsqu'il débattent de la question de l'information et lancent, pour certains, un appel sans détours à la recherche, est démontré par une proposition de programme en dix points présentée en 1993 à Verbier par le Prof. *Olivier Guillod*, éminent juriste neuchâtelois en droit de la santé [19]:

1. Abolir la distinction traditionnellement faite dans l'approche de la relation médecin-patient entre malades somatiques et malades psychiatriques ...
2. On devrait plutôt parler de «choix éclairé» car il s'agirait d'une formule neutre ...
3. Poursuivre des *études, méthodologiquement inattaquables* [mis en évidence par l'auteur], sur ce qui se passe vraiment entre un médecin et un patient ...
4. Il faut que les législateurs et *les juges insistent* davantage ... sur la *compréhension de l'information plutôt que sur l'étendue* de celle-ci.
5. Il faut améliorer l'efficacité de la transmission d'informations médicales, ce qui suppose qu'il s'agit *d'affiner les instruments de communication* ...
6. Il faut revaloriser dans les tarifs ... le temps consacré à informer le patient ...
7. Dans le milieu hospitalier, il faut *enlever tout caractère de routine à l'information* du malade et au recueil de son consentement ...
8. Il faut que les médias visent moins le sensationnalisme et plus l'objectivité quand ils informent le public sur les dernières découvertes scientifiques ...
9. Il faut changer ce qui se passe dans la tête des médecins ... une sensibilité plus forte à la dimension relationnelle ...
10. Enfin, il reste à éduquer les patients à prendre en charge leur santé, ce qui constitue probablement le plus formidable défi ...

En 1994, *Wolfgang Wiegand*, professeur bernois de droit civil, a lui aussi préparé le terrain juridique en vue de l'intégration de résultats concrets de recherche. Quel est l'objectif de l'information? «Le devoir d'information sert à supprimer les déficits d'information, donc à combler le fossé d'information entre le fournisseur qui doit l'information et celui qui la reçoit.»

Quelle est la somme d'information pouvant être assimilée par le patient? «Ce type de réflexion a été au centre du débat, particulièrement dans le domaine de la responsabilité des produits et, plus généralement, dans celui des prestations. On a vite remarqué qu'une information trop exhaustive et trop détaillée se révélait plus négative qu'autre chose. La surinformation devient de la désinformation, ce qui ne satisfait pas, finalement, le besoin d'information, le destinataire ne parvenant pas à l'assimiler. De là s'est développé le principe général selon lequel *l'information doit être conçue et limitée de manière à ce que son bénéficiaire puisse l'assimiler*. Les informations dépassant ce cadre-là ne doivent être données que sur demande expresse et de façon ciblée.» [20]

W. Wiegand se montre dès lors très positif quant à l'information écrite des *feuilles A4* remis autrefois par le département de chirurgie cardiaque de l'Hôpital de l'Île. «Sur le plan de la structure comme de la teneur, ils répondent quasiment à la perfection aux exigences posées ici. Le langage utilisé est lui aussi adapté au patient, même si l'on peut discuter de l'adéquation de certains éléments des formules utilisées.» [21]

Commentaire: implicitement, cela veut dire qu'il ne faut pas seulement débattre, mais aussi procéder à une évaluation.

Concernant l'information raisonnablement acceptable: «le patient ne peut pas «supporter» n'importe quelle information. Il s'agit dès lors de savoir si le médecin peut lui communiquer les résultats d'un examen, les suites d'une intervention ou du renoncement à celle-ci et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. Il s'agit là d'une très ancienne situation conflictuelle qui n'apparaît pas dans d'autres formes de devoir d'information.» [22] W. Wiegand est conscient que le médecin pourrait avancer comme prétexte fallacieux «l'incapacité du patient à supporter l'information». Il relève dès lors: «Dans cette prise de décision, il s'agit d'être des plus prudents en évaluant les éléments que sont la santé et le droit à l'autodétermination pour définir en conséquence la mesure de l'information supportable. Dans un possible litige ultérieur, cet élément est essentiel. Peu importe de savoir, dès lors, si le médecin a suffisamment ou trop peu informé, le seul point important est de déterminer si ce dernier a pris la décision avec toute la diligence voulue.»

Commentaire: pour ce faire, il doit pouvoir se fonder sur des résultats de recherche.

«L'information d'un proche du patient peut, en cas extrême, se révéler une solution, bien qu'elle ne saurait être choisie régulièrement.» [23]

Deux thèses de droit récemment parues sur la question de l'information n'ont pas, sans doute, la même portée que les prises de position d'éminents professeurs de droit, mais contiennent cependant des éléments dignes de réflexion.

Monika Gattiker souhaite que l'on accorde plus de place au consentement hypothétique, selon lequel même un patient mieux informé aurait opté pour l'intervention. A son avis, «il faudrait que l'on refuse au médecin l'argument du consentement hypothétique uniquement lorsque le patient doté de raison aurait très probablement renoncé à l'intervention ou si des éléments concrets établissent une volonté opposée, «déraisonnable» du patient concerné. Des objections uniquement d'ordre général du patient ne sauraient suffire. Il faudrait bien plus augmenter les exigences quant à la preuve, par rapport au conflit décisionnel dans lequel le patient se serait trouvé s'il avait été suffisamment informé. Dans la mesure où un tel conflit décisionnel existe réellement, le patient ne devrait pas avoir de peine à trouver la preuve nécessaire.» [24]

Commentaire: cette réflexion montre, dans la foulée, la nécessité médicale et l'importance juridique de la recherche en matière d'information. La question capitale est de savoir le plus sûrement possible quand un patient bien informé veut une opération et quand il la refuse. Si par la même occasion, l'on en apprend plus, le cas échéant, sur les caractéristiques du patient «déraisonnable», tant mieux.

Dans sa thèse intitulée «Devoirs du patient dans le mandat de traitement» [25], Christian Conti suggère

que le médecin donne au patient une information de base dont l'envergure «doit suivre une directive objectivement reconnaissable par le médecin. On se fondera en cela sur les informations nécessaires à un patient raisonnable de condition moyenne pour conserver son droit d'autodétermination. [...] Le juge ne pourra pas éviter, en cas d'espèce, de fixer les exigences objectives de l'information de base pour chaque type de traitement avec l'aide des experts.» [26] Dans un deuxième temps, le médecin doit décider si le patient a «d'autres besoins individuels d'information, plus étendus». Selon C. Conti, «si pour la sauvegarde de son droit à l'autodétermination, le patient a besoin d'informations dépassant l'information de base, certaines obligations lui incombent quant aux questions à poser. Par exemple, s'il souhaite être informé sur des risques rares inhérents à un traitement.» [27]

Commentaire: les exigences objectivables postulées par C. Conti demandent, elles aussi, une recherche sur l'information.

L'analyse d'Olivier Guilloid (1986!) sous forme de thèse sur l'information du patient garde aujourd'hui encore toute sa force [28]. Guilloid n'a pas seulement comparé la jurisprudence et la doctrine juridique de plusieurs pays, mais fondé ses réflexions sur une étude approfondie de la *littérature médicale* [29] (une démarche rare chez les juristes, que l'on retrouve chez C. Conti, de manière moins exhaustive).

Le principe scientifique décisif est le suivant: les revendications normatives – le «bon de commande» juridique à la médecine, en quelque sorte – doivent être définies en connaissance des possibilités inhérentes à la réalité médicale. La médecine doit revendiquer cette façon de procéder face à la science juridique et à la jurisprudence. En contrepartie, le corps médical doit être prêt lui aussi à examiner l'expérience rassemblée sans préjugé au banc d'essai des critères scientifiques.

FMH et sociétés de discipline médicale: brief rappel des travaux jusqu'ici accomplis

En octobre 1994, le Comité central de la FMH a invité par circulaire les sociétés de discipline médicale chirurgicales et invasives à élaborer des moyens d'information pour les interventions les plus courantes présentant le «motif de l'opération, les alternatives, la signification, le déroulement, les risques et les chances de succès, dans un langage facile à comprendre». Il s'est appuyé entre autres sur les propositions des professeurs de droit W. Wiegand [30] et O. Guilloid [31]. Les textes explicatifs ne doivent pas, si possible, être plus longs qu'une page et demie. Contrairement aux Etats-Unis et à l'Allemagne, la pratique juridique suisse fait qu'il n'est pas nécessaire, ici, d'établir la liste exhaustive de tous les risques, même éloignés, d'une intervention, pour ne pas submerger le patient de documents d'information, ce qui ne saurait lui rendre grand service.

En février 1995, le Bulletin des médecins suisses a publié un numéro spécial sur le sujet du devoir d'information [32].

En juin 1995, le service juridique de la FMH [33] a organisé un atelier avec les sociétés de discipline médicale intéressées dans le but d'échanger des expériences et d'arrêter des hypothèses de travail. On a présenté les expériences faites en gynécologie [34], avec les formulaires explicatifs spécifiques aux interventions, et en orthopédie [35], avec un procès-verbal général d'information. En urologie [36] et en gastroentérologie [37], on a rapporté les premiers essais pratiqués avec les programmes didactiques interactifs sur ordinateur [38].

Si, il y a peu d'années encore, l'ambiance faisait ressembler le médecin, sans exagérer, au lapin menacé par le serpent (le juge), la situation au sein du corps médical spécialisé a rapidement commencé à changer. On a vu ensemble le besoin, mais aussi les possibilités d'agir.

Les sociétés de discipline médicale avec relativement peu d'interventions typiques ou invasives ont élaboré les années suivantes des feuilles explicatives spécifiques aux interventions.

La situation était fort différente pour les sociétés de chirurgie et d'orthopédie: un vrai travail de Sisyphe. Dès lors, les sociétés de discipline concernées ont décidé d'avoir recours en priorité aux feuilles explicatives générales. Dans la perspective actuelle, il apparaît néanmoins que ces dernières années, surtout dans les cliniques universitaires, chirurgicales et orthopédiques, on ait établi de nombreux textes explicatifs spécifiques. Il me semble aujourd'hui opportun de les harmoniser et de les mettre à disposition de tous les hôpitaux.

De plus, il convient de relater l'importance des liens de collaboration plus étroits qui se sont tissés depuis 1996 entre l'Organisation suisse des patients, certaines sociétés de discipline médicale et la FMH.

Bilan provisoire en Suisse

A mon avis, les connaissances rassemblées en Suisse peuvent se résumer de la manière suivante.

Objectif principal: amélioration de la qualité – amélioration de la situation sur le plan de la responsabilité civile en tant qu'effet annexe souhaité
La première constatation est que *l'optimisation de la qualité de l'information médicale* conduit en *parallèle* à une *amélioration de la situation juridique* en cas d'éventuelle procédure en responsabilité civile, ce qui change du tout au tout la motivation. Pour le médecin, le juriste et d'autres personnes intéressées, il est beaucoup plus satisfaisant de trouver des voies et des moyens (d'élaborer des moyens auxiliaires didactiques adéquats) qui ont pour objectif premier d'améliorer l'entretien d'information que de se forger des systèmes de défense aptes à se protéger de poursuites judiciaires. A cet égard, il est symbolique de voir la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique

établir et évaluer ses procès-verbaux d'information dans le cadre de sa *commission pour l'assurance qualité* (et non par un quelconque groupe de travail visant à se défendre contre les prétentions en responsabilité civile).

Procès-verbal d'information: documentation sur le déroulement de l'entretien

Lors de l'atelier de 1995, les rapports des médecins participants établissaient déjà clairement que la *documentation* sur l'information pouvait et devait être remise *au cours de l'entretien*, du moins dans les hôpitaux publics.

C'est le tableau sans fards de la vie quotidienne à l'hôpital qui justifie la *nécessité* d'une documentation simultanée. Le programme d'une opération comprend la visite d'entrée, le rapport opératoire et les entretiens d'information (visite). Après la visite du patient (en règle générale *après 18 ou 20 heures* [!]), les médecins n'ont tout simplement plus l'énergie ni la motivation de remplir encore le dossier du patient de manière à pouvoir fournir la preuve de ces entretiens, même des années plus tard.

Le fait qu'il est *possible* d'établir une documentation au cours de l'entretien est démontré depuis 1995 par les expériences rassemblées dans les cliniques pilote en gynécologie et en orthopédie. *L'idée d'un procès-verbal d'information* a été décisive: l'entretien se déroule à l'aide d'un document en forme de grille. La grille garantit que tous les aspects importants de la discussion soient abordés tout en permettant de les discuter à l'aide d'un petit nombre de mots-clés. Un aspect essentiel, selon l'expérience qu'en ont les médecins, est l'esquisse opératoire. Celle-ci est un élément important pour établir une relation de confiance. De plus, les *mots-clés notés directement sur l'esquisse* peuvent reconstituer plus tard, simplement, l'entretien tel qu'il a eu lieu.

Les procès-verbaux d'entretien *spécifiques à certaines opérations* contiennent en page de garde une première information de base par écrit. La grille de l'entretien et la place pour l'esquisse de l'opération figurent au verso.

Quant au procès-verbal d'information *générale* qui – faute de documents conçus pour des interventions spécifiques – est utilisé surtout en chirurgie et en orthopédie, la grille pour l'entretien et la place pour l'esquisse opératoire s'étendent sur les deux pages.

Les études publiées dans ce numéro du Bulletin des médecins suisses se fondent sur ces deux types de procès-verbaux.

Le procès-verbal d'entretien se trouve être ainsi un *instrument de travail commun au médecin et au patient*, ce qui n'est pas sans conséquences idéologiques et pratiques.

Une différence fondamentale existe entre l'idée d'une ennuyeuse formule préimprimée à remettre au patient et à lui faire signer et le concept du procès-verbal d'information, servant de base à l'entretien. [39]

En pratique, l'idée du procès-verbal en tant qu'instrument de travail commun a permis de faire un autre pas dans l'optimisation de la qualité. Sur le

plan empirique et avant même d'avoir procédé à des recherches dans la littérature, les participants aux travaux en Suisse ont vu clairement la nécessité de remettre *immédiatement* une copie de ce procès-verbal au patient, même si cela a des conséquences pour l'hôpital sur le plan de l'organisation: il faut soit un exemplaire avec papier calque ou une *photocopieuse* qui fonctionne *à proximité*. Les frais de cette exigence (exorbitants, selon de premières réactions d'hôpitaux) devront être pris en charge par les organismes responsables des hôpitaux, vu la situation juridique, en tant que *dépense liée*. Là où les procès-verbaux seront distribués systématiquement aux patients, on ne pourra soulever le grief ultérieur selon lequel le procès-verbal inséré dans le dossier du patient a été postérieurement modifié. La copie du procès-verbal pour le patient fournit la preuve de l'information donnée sans même avoir besoin de sa signature.

De plus – et même avant tout – l'étude de Kessler et al. montre toute l'importance de la remise immédiate d'une copie du procès-verbal d'entretien pour la compréhension et la *confiance* du patient.

Programmes d'information interactifs sur ordinateur

A la suite d'un bref article de M. Otto dans le n° 2/1998 de Newsletter, de l'Union des chirurgiens [40], T. Sulzer et al., de la division d'urologie de l'Hôpital universitaire de Zurich, ont publié, dans le n° 4/1998 de «Swiss Surgery», une première évaluation de leur programme interactif sur ordinateur auprès de 82 patients et 32 patientes. «Les programmes xplix sont faits pour transmettre l'information de manière efficace. Simples d'emploi, ils sont également dotés d'un haut degré d'interactivité permettant de faire face aux besoins individuels d'information des patients pour notre installation pilote. Ils ont enregistré automatiquement toutes les interactions à des fins de contrôle. [...] Les programmes et procès-verbaux d'information sont conçus selon une grille unifiée. [...] Indépendamment de l'âge des patients et de leurs connaissances informatiques, les programmes xplix sont fort appréciés. [...] Notre enquête menée auprès de 114 patients alémaniques a montré que les canaux individuels d'information (xplix et entretien) sont mieux appréciés que les procès-verbaux imprimés. Les deux premiers moyens d'information sont évalués comme étant bons à excellents par 93% des personnes interrogées et les procès-verbaux écrits par 88% des patients.» [41]

Selon ma propre estimation et après en avoir eu des échos informels, les projets en urologie, les projets pilotes zurichois en gynécologie (USZ) et en chirurgie (Altstätten, SG) ont montré les grandes qualités de ces programmes interactifs sur le plan de l'information des patients et de la confiance qu'ils faisaient naître.

Cela dit, il est clair que l'élaboration d'un programme sur mesure pour chaque type d'intervention représente un grand travail (cf. ci-après sous «ressources: financement de la recherche; tarifs et rationnement en milieu hospitalier»). D'autres obstacles

peuvent aussi se dresser au quotidien, p.ex. la définition du déroulement des examens et des traitements, y compris le temps accordé au patient pour le programme, la pièce libérée pour ce faire, du moins un coin libre où le patient peut utiliser l'ordinateur au calme sans oublier le problème du vol d'ordinateurs ... [42].

Essentiel: le rôle des organisations de patients

La difficulté des sociétés de discipline de rédiger seules des textes de base optimaux (pas maximaux!) pour les procès-verbaux spécifiques aux interventions et les efforts fournis pour procéder sans «erreur systématique» à l'évaluation scientifique de procès-verbaux spécifiques et généraux ont conduit ces dernières années, surtout en chirurgie et en gynécologie, à une intense et fructueuse collaboration avec l'Organisation suisse des patients (OSP). Une collaboration que nous envions, notons-le, l'Allemagne et l'Autriche, comme nous l'avons constaté lors d'une réunion de juristes à Vienne en avril 1999! Le siège de l'OSP dans la commission d'assurance qualité de la Société suisse de gynécologie et obstétrique, comme également l'étude publiée aujourd'hui de Margrit Kessler et al. sur le projet en chirurgie symbolisent bien ce partenariat.

Depuis 1998, l'OSP et le Comité central de la FMH ont mis leurs logos à disposition pour les procès-verbaux d'information d'une société de discipline. Les deux sociétés affirment par là qu'elles estiment ces procès-verbaux rédigés de manière optimale selon le stade actuel des connaissances. Ce soutien officiel devrait améliorer encore la confiance des patients dans les procès-verbaux d'information et (autre effet possible) convaincre le juge, dans une éventuelle procédure judiciaire, que ledit procès-verbal n'est pas qu'une mesure suspecte de défense du corps médical, mais bien plus le résultat de véritables efforts mis en commun pour une information optimale du patient.

Résultats d'une recherche dans la littérature

Mandaté par la FMH en octobre 1999 et en avril 2000, le service de documentation de l'ASSM (le DOKDI) a mené une recherche dans la littérature sur l'information du patient. Les résultats sont accessibles sur le site internet de la FMH (www.fmh.ch/droit/recherche concernant la littérature droit/médecine/information du patient). La démarche avait pour objectif de livrer des indications sur l'état actuel de la recherche en matière d'information du patient, de manière interdisciplinaire et sans prétention à l'exhaustivité. Les citations suivantes ne se veulent pas dogmatiques. Elles n'ont pour objet que de suggérer d'autres réflexions.

- Sur le thème du choix éclairé («*informed choice*») [43], concernant p. ex. le choix de la méthode d'anesthésie par le patient: «The method did not change the proportion who chooses a specific kind of anaesthesia, but does seem to improve patient participation in the decision-making process.» [44] Par contre, les recommandations peu-

vent proposer des traitements médicamenteux plus agressifs que ceux que choisiraient des patients informés: «In the context of shared decision making, individualised decision analysis is valuable in a sizeable proportion of elderly patients with atrial fibrillation. Taking account of patient's preferences would lead to fewer prescriptions for warfarin than under published guideline recommendations.» [45] Commentaire dans l'éditorial [en présence d'études de qualité]: «Good clinical practice can then be informed by evidence; it may not always follow the evidence.» [46]

- Sur la question de la quantité d'information qu'il faut donner dans une *feuille explicative* sur l'ultrasonographie au cours de la grossesse: «Women were shocked at some of the contents but thought that it was appropriate to include both advantages and disadvantages of routine scanning in the leaflet.» [47] Concernant les préférences des patientes dans le traitement du carcinome ovarien avancé: «A standardized method of information transfer was developed and pretested for feasibility, acceptability, comprehension, interobserver reliability, and validity. [...] All volunteers and patients stated that they wanted to be fully informed of the choices of therapy for their disease and to be involved in treatment decisions.» [48] La décision d'accepter ou non un examen de dépistage dépend de l'information donnée: elle diffère selon qu'on parle de l'abaissement du risque relatif ou du nombre de patients à traiter [49].
- Concernant les expériences sur les moyens d'information: les enregistrements sur *bande-son ou vidéo* [50, 51] de l'entretien d'information, remis au patient, semblent faire leurs preuves; cela dit, une étude menée avec des patients souffrant d'un cancer inguérissable, à qui l'on a remis une cassette-son [52] ou un «information package» [53], a montré que l'angoisse du patient augmentait ou diminuait en fonction de sa personnalité. Une étude concernant la chirurgie des maxillaires a montré, de plus, qu'une vidéo interactive a conduit à une meilleure satisfaction, mais à une plus mauvaise information que la vidéo conventionnelle remise personnellement [54].
- Pour les gastroscopies, la *remise préalable* d'une brochure informative au patient s'est révélée positive [55].
- Le souhait du patient d'être informé peut varier considérablement en présence de la même pathologie [56-58]. (Du reste, Klaus Ulsenheimer, Prof. de droit médical en Allemagne, lors d'une séance de la SSAR à Berne, le 20 mai 2000, a rappelé de façon anecdotique que «l'institutrice allemande qui porte ses deux noms de famille veut tout savoir sur les risques éventuels d'une intervention alors que la plupart des juristes renoncent à des explications détaillées si l'indication de l'opération apparaît clairement donnée.» Les applaudissements de l'auditoire ont confirmé que ce comportement est bien connu du corps médical, en Suisse également. Nous seuls juristes semblons

ignorer que, sur le plan de l'information sur les risques, nous représentons apparemment statistiquement une population marginale! [59]

- Combien de paroles dites ne sont pas documentées? (Quelles erreurs systématiques [résultats faux négatifs] dans le dossier du patient les juristes doivent-ils accepter?) [60]
- En relation avec les laparoscopies exploratoires lors de douleurs abdominales diffuses chez l'enfant [61] ou les traitements arthroscopiques de l'ostéoarthrite [62], on a pu récemment décrire des *effets placebo*. Ces résultats confirment les réflexions générales selon lesquelles les effets placebo ne sont pas le seul fait (pourquoi serait-ce le cas, d'ailleurs?) des thérapies médicamenteuses [63-67]. En chirurgie, il s'agit dès lors de ne pas négliger cet effet placebo et d'en tenir compte sans crainte. Comment aborder la question, cependant, sous l'angle de l'information? Selon un point de vue prosaïque de juriste, je pense que le seul élément déterminant devrait être la guérison ou l'amélioration que l'on peut attendre d'un traitement, les mécanismes de l'effet n'ayant en revanche que peu d'importance. D'une manière quelque peu abrupte, cela voudrait dire que le patient doit pouvoir décider «en connaissance de l'effet» et non pas tellement «en connaissance de cause». Par contre, il serait inacceptable, sur le plan déontologique, de fonder l'indication sur l'espoir d'un effet placebo statistiquement fondé. Une fois de plus, on ne peut que répéter que l'éthique médicale va plus loin que le droit qui n'impose que des normes minimales en matière d'éthique.

Comment procéder? Projet de calendrier de recherche dans le domaine de l'information

Les deux études publiées aujourd'hui sont exemplaires sur la direction que l'on pourra et qu'il faudra donner aux développements futurs: médecins et juristes ont besoin d'études méthodologiques inattaquables, menées aussi bien à l'étranger qu'en Suisse, parce qu'il s'agit de poser la question de leur valeur à l'extérieur, à savoir de leur application à des patients suisses:

- Que veulent savoir les patients?
- Quelles sont les informations qu'ils peuvent comprendre?
- Combien d'informations peuvent-ils supporter et de quoi cela dépend-il?
- Que se passe-t-il vraiment entre médecin et patient sur le plan de la communication?
- Quels sont les moyens auxiliaires et les techniques de communication éprouvés? Comment les améliorer?
- Enfin: quelle est la fiabilité de la documentation de l'entretien d'information (quelle est l'envergure de l'information donnée, mais non documentée?)

Dans le domaine de l'information des patients, les mêmes règles scientifiques s'imposent que pour

d'autres études thérapeutiques. Elles sont, en résumé, les suivantes:

- Ne pas vouloir réinventer la roue. Avant de mener ses propres études, rechercher le savoir déjà existant.
- Ne pas perdre toute son énergie dans de premières hypothèses de travail; renoncer à d'interminables débats internes sur la rédaction optimale d'un texte d'information de base pour patients; réserver son énergie et son argent pour procéder à l'évaluation – décisive – des hypothèses.
- Renoncer si possible, pour évaluer la satisfaction du patient ou son angoisse, à poser des questions bricolées, mais recourir à des questionnaires dûment validés.
- Enfin, l'histoire de la médecine montre que l'opinion des médecins sur les souhaits et besoins des patients ne correspond pas toujours à la réalité, loin s'en faut. La prise en compte précoce de l'opinion des patients est donc capitale si l'on ne veut pas fonder son jugement sur des conjectures.

Ressources: financement de la recherche; tarifs et rationnement hospitalier

Le financement de la recherche en matière d'information en Suisse s'est jusqu'ici heurté à de sérieuses difficultés. La question d'une nouvelle réglementation du financement hospitalier, actuellement en discussion au Parlement, devrait servir à corriger la situation de la recherche non axée principalement sur le produit. En effet, l'art. 49, 1^{er} al., de la LAMal, interdit (aujourd'hui encore) la prise en compte des frais de formation et de recherche dans les tarifs hospitaliers. En avril 1999, la FMH, dans sa prise de position sur le financement des hôpitaux selon la LAMal, a déclaré: «Il serait temps de mener le débat sur la question jusqu'ici taboue de la participation des assureurs maladie aux frais d'enseignement et de recherche. En fait, on voit mal pourquoi les caisses-maladie prennent en charge, via les prix, les frais de développement des médicaments et des produits médicaux (valves cardiaques, prothèses, appareils médico-techniques d'examen tels que la tomographie, l'IRM, etc.), mais pas celui de l'enseignement et de la recherche. Cette différenciation catégorique et, disons-le, insensée, conduit de plus en plus à aggraver les conditions générales de l'enseignement et, en particulier, celles de la recherche non centrée sur le produit. Il faut enfin arrêter de financer sans problème toute étude concernant un médicament alors que le financement d'études de comportement, comme celui de l'information optimale des patients, se heurte à des obstacles insurmontables.» Dans le domaine de la gestion des soins aux Etats-Unis, une première lueur d'espoir est apparue sous la forme de contributions de certains assureurs à l'enseignement et à la recherche [68]. En Suisse, la recherche sur l'information des patients nécessite une politique de financement cohérente: quelle partie doit-on financer par le biais des tarifs ou des conventions sur l'assurance

qualité avec les assureurs sociaux et quelle autre par le Fonds national? Quelles recherches peuvent et doivent donner lieu à des droits d'auteur, pouvant être financés par le prix du produit [69] (qui doit à nouveau se répercuter sur les tarifs et être accepté dans le cadre des frais de traitement admis)?

Les *tarifs TarMed* voient la rémunération de rigueur de l'information du patient dans le cadre des prestations de base. C'est bien. Mais la question déterminante sera de savoir comment se fera la transposition tarifaire dans les hôpitaux dans le cadre des *forfaits par jour, par division ou par cas*: les assureurs, les gouvernements cantonaux et – en cas de recours – le Conseil fédéral, accepteront-ils que l'information optimale du patient exige des recherches préalables et du temps pour l'entretien, celui-ci ne pouvant être facturé au tarif zéro? Les deux études publiées dans le Bulletin des médecins suisses n'ont pas tenu compte du temps consacré à l'information. Des tendances ont été cependant relevées depuis février 1998: l'infor-

mation sur l'anesthésie, à l'aide d'un procès-verbal d'information, a duré en moyenne (entretien médecin-patient) 12 min [70]. L'étude de Schindele et al. (division d'orthopédie de l'Hôpital de Langenthal), part d'une information en trois temps: 1. information par oral au cours de la consultation; 2. information la veille de l'intervention; 3. visite en soirée. Pour la 2^e étape seulement, la durée moyenne de l'information chez près de 100 patients a été de 23 min [71].

Il sera important de savoir, également, si les futurs tarifs permettront une organisation adaptée au patient ouvrant la possibilité à une information *précoce*. Le besoin d'information du patient suffisamment tôt est attesté clairement par l'étude de Kessler et al., publiée en partie ici et en partie dans «Swiss Surgery», 1/2000 [72].

Deutsch erschienen in Nr. 34/2000

Bibliographie

- 1 Cf. Kuhn HP. Les juristes savent, mais ... Bull méd suisses 2000; 81(39):2221-2.
- 2 Kuhn HP. Devoir d'information médicale. Bull méd suisses 1995; 76(16):655-60.
- 3 Les arrêts du Tribunal fédéral ne sont pas tous publiés, loin de là. Même la banque de données interne du TF ne contient pas toutes les décisions prises, ce qui fait que même les collaborateurs du TF ne peuvent conduire une recherche à coup sûr complète. Les arrêts non publiés portés à notre connaissance sont de la même veine que ceux qui sont publiés. La pratique du TF concernant la question de l'information est donc semble-t-il, bien connue pour ce qui est de son orientation générale.
- 4 Jugement du TF non publié du 8 avril 1999.
- 5 «Le plaignant ne fait pas valoir, en cas d'espèce, que ses troubles et la modification de sa voix seraient dus à l'anesthésie locale effectuée lors de la deuxième opération de l'épaule. Par contre, il invoque le fait qu'en raison d'un manque d'information sur les méthodes d'anesthésie à disposition, il n'a pas pu donner son consentement au blocage du réseau nerveux du côté droit du cou.» (consid.3)
- 6 Art. 44, 1^{er} al., du Code des obligations (CO): «Le juge peut réduire les dommages-intérêts, ou même n'en point allouer, lorsque la partie lésée a consenti à la lésion ou lorsque des faits dont elle est responsable ont contribué à créer le dommage, à l'augmenter, ou qu'ils ont aggravé la situation du débiteur.»
- 7 ATF 124 IV 258.
- 8 Publié dans Pra 1996 181 670, commenté par Monika Gattiker [24]: p. 139-42.
- 9 SLN: Pressemeldungen über aktuelle Gerichtsentscheide: Bundesgericht zur Aufklärung über Erfolgchance von Sterilisation <http://swisslawnet.ch/lib/1324/1433.htm> vom 9.12.1998
- 10 Décision du 5 mai 1995 en l'affaire X contre l'Hôpital cantonal de Fribourg, publié dans ZBl 97 (1996) p. 278ss; commenté notamment par Monika Gattiker: [24]: p. 176.
- 11 Dans cette décision, Monika Gattiker a critiqué le fait que le Tribunal fédéral a admis sans motivation convaincante qu'il n'aurait en principe pas été «totalement incompréhensible» de voir le patient refuser l'opération. Selon elle, si l'on songe à une situation plus ou moins désespérée sans opération et au risque statistiquement faible de cécité, le consentement hypothétique (selon les principes mêmes du TF, à savoir même de la part du patient bien informé) aurait été donné même si le patient n'avait pas été opéré avec succès quelques mois auparavant [24]: p. 176.
- 12 ATF 117 Ib 197 (JdT 1997 I 214).
- 13 ATF 115 Ib 175.
- 14 ATF 113 Ib 420ss.
- 15 ATF 108 II 59.
- 16 ATF 105 II 284.
- 17 ATF 105 II 284, 288.
- 18 ATF 105 II 284, 287.
- 19 Guillod O. Le consentement éclairé: De la théorie à la pratique. In: Le consentement éclairé du patient: Comment briser le mur du silence? Sion: Institut Universitaire Kurt Böscher, IKB; 1993. p. 67-74, 73s.
- 20 Wiegand W. Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung (Devoir d'information et conséquences de sa violation). Dans: Honsell H (éd.). Handbuch des Arztrechts. Zurich: Schulthess; 1994. p. 119-213, p. 141f.
- 21 loc. cit., p. 211.
- 22 loc. cit., p. 142.
- 23 loc. cit., p. 145s.
- 24 Gattiker M. Die Widerrechtlichkeit des ärztlichen Eingriffs nach schweizerischem Zivilrecht (Illicéité de l'intervention médicale selon le droit civil suisse). Thèse. Zurich: Schulthess Polygraphischer Verlag; 1999. p. 192. Voir aussi les comparaisons de la littérature aux notes 44 et 45!
- 25 Conti C. Die Pflichten des Patienten im Behandlungsvertrag (Devoirs du patient dans le contrat de traitement). Thèse. Berne: Stämpfli; 2000.
- 26 Conti, op.cit., p. 115.
- 27 Conti, op.cit., p. 126.
- 28 Wiegand W. Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung (Devoir d'information et conséquences de sa violation). Dans: Honsell H (éd.). Handbuch des Arztrechts. Zurich: Schulthess; 1994. p. 119-213, p. 141s.
- 29 Son programme en cinq points de 1986 pourrait aujourd'hui encore servir de fondement à une optimisation de l'information du patient:
 - améliorer l'aptitude des médecins à communiquer valablement avec les patients;
 - éduquer les patients à plus de responsabilité en matière de soins;
 - «dérouteriser» l'obtention du consentement et trouver le moment le plus approprié pour informer le malade;
 - améliorer la substance de l'information;
 - déterminer le mode le plus efficace de la transmettre.
- 30 Wiegand W. Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung (Devoir d'information et conséquences de sa violation). Dans: Honsell H (éd.). Handbuch des Arztrechts. Zurich: Schulthess; 1994. p. 119-213.
- 31 Lors d'une conférence, notamment, tenue lors du congrès de l'Union des chirurgiens, Lucerne, le 23.9.1994.
- 32 Meuli HC, Kuhn HP. Devoir d'information: informer sans alarmer ni dissimuler. Bull méd suisses 1995;76(8):312. Sidler W. Aufklärungspflicht und Beweissicherung (Devoir d'information et conservation de la preuve), Bull méd suisses 1995;76(8): 317-8. Guillod O. Pour une meilleure information des patients: des brochures écrites. Bull méd suisses 1995;76(5):318-20. Kuhn HP. Ärztliche Aufklärungspflicht. Bull méd suisses 1995; 76(8):321-6, trad. en français: Bull méd suisses 1995;76(16): 655-60.
- 33 Robert Gmür et Hanspeter Kuhn.
- 34 USZ, ex St-Gall.
- 35 Coire.
- 36 USZ.
- 37 Clinique Hirslanden.
- 38 Concernant les programmes interactifs sur ordinateur et leur évaluation scientifique, la Suisse est probablement à la pointe du progrès sur le plan international. Une recherche dans la littérature, effectuée en octobre 1999, a abouti à ce jour à une seule publication étrangère: Pernotto Ad et al. «Informed consent» interactive videodisc for patients having a colonoscopy, a polypectomy, and an endoscopy. Medinfo 1995;8(2):1699.
- 39 En tant que juristes de la FMH, nous nous sommes interdit absolument, depuis mai 1995, de parler de *formulaires* en relation avec l'information des patients. Les *procès-verbaux d'entretiens d'information* sont différents, car issus d'un autre cheminement de pensée. Sur ce point, la circulaire du CC de la FMH d'octobre 1994, tout comme le n° spécial 8/1995 du Bulletin des médecins suisses, s'avère dépassée!
- 40 Otto M. Interaktive Aufklärung über operative Eingriffe (Information interactive sur les interventions chirurgicales). Newsletter de l'Union des sociétés chirurgicales suisses (USCS) 1998;2:7.
- 41 Sulser T, Otto M, Bangerter U, Hauri D. Dreistufenmodell zur Patientenaufklärung - Verbesserte Information vor operativen Eingriffen (Modèle en trois étapes d'information des patients - meilleure information avant les interventions chirurgicales). Swiss Surg 1998;4:42-8.
- 42 Communication orale du Prof. U. Haller lors d'une session de formation continue à l'USZ, en novembre 1999.
- 43 Voir le n° spécial du BMJ du 18.9.1999 (vol. 319);719-81: Paternalism or partnership; The increasing importance of patient surveys (Picker Institute etc.); Shared decision making in a publicly funded health care system; Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review; Promoting partnerships: challenges for the internet age.
- 44 Paci E, Barneschi MG, Miccinesi G, Falchi S, Metrangolo L, Novelli GP. Informed consent and patient participation in the medical encounter: a list of questions for an informed choice about the type of anaesthesia. Eur J Anaesthesiol 1999;16(3): 160-5.
The present study was undertaken to evaluate the impact of a new procedure for eliciting informed consent by patients undergoing minor surgical procedures, in which the choice between general anaesthesia (GA) and regional anaesthesia (RA) was possible. In this prospective study, two randomly selected

- groups of patients were compared: [...] The satisfaction level was similar in the two groups. Our list of questions was designed to facilitate patient autonomy. It offered an aid to those requesting more information and assisted communication. The method did not change the proportion who chose a specific kind of anaesthesia, but does seem to improve patient participation in the decision-making process.
- 45 Protheroe J, Fahey T, Montgomery A, Peters T. The impact of patient's preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *Br Med J* 2000;320:1380-4.
- 46 Smeeth L. Commentary: patients, preferences, and evidence. *Br Med J* 2000;320:1384.
- 47 Oliver S, Rajan L, Turner H, Oakley A, Entwistle V, Watt I, et al. Informed choice for users of health services: views on ultrasonography leaflets of women in early pregnancy, midwives, and ultrasonographers *Br Med J* 1996;313(7067):1251-3. Comment in: *Br Med J* 1997;314(7083):831; Comment in: *Br Med J* 1999;318(7186):805-6.
- With the aim of promoting the informed choice of pregnant women, staff and pregnant women at two urban hospitals were offered leaflets summarising the best available evidence about the effectiveness of routine ultrasonography in early pregnancy. [...] Women were shocked at some of the contents but thought that it was appropriate to include both advantages and disadvantages of routine scanning in the leaflet. This case study highlights the resistance of some health professionals to evidence based health care; underlying conflicts with the principle of professional autonomy; concern that informed choice may create anxiety; and professional and organisational barriers to allowing informed choice.
- 48 Elit LM, Levine MN, Gafni A, Whelan TJ, Doig G, Streiner DL, Rosen B. Patients' preferences for therapy in advanced epithelial ovarian cancer: development, testing, and application of a bedside decision *Gynecol Oncol* 1996;62(3): 329-35.
- Using the decision board, it was feasible to provide survival information to 98% of the healthy women. Comprehension was high, with 96% of the questions being correctly answered. Interobserver reliability was high ($\kappa = 1.00$). The construct that hypothesized that understanding information is a determinant of choice was verified, as 95.2% of women had predictable shifts in expressed preference. [...] All volunteers and patients stated that they wanted to be fully informed of the choices of therapy for their disease and to be involved in treatment decisions. [...] At the point of deciding first-line chemotherapy in this poor prognostic situation, patients still value survival more highly than the quality of life during chemotherapy.
- 49 Sarfati D, Howden Chapman P, Woodward A, Salmond C. Does the frame affect the picture? A study into how attitudes to screening for cancer are affected by the way benefits are expressed. *J Med Screen* 1998;5(3):137-40.
- Respondents were most likely to accept screening when the benefits of screening were presented as a relative risk reduction. They were most likely to reject screening when the benefits were presented as numbers needed to screen to save one life.
- 50 Bruera E, Pituskin E, Calder K, Neumann CM, Hanson J. The addition of an audiocassette recording of a consultation to written recommendations for patients with advanced cancer: A randomized, controlled trial. *Cancer* 1999;86(11):2420-5.
- The addition of an audiocassette recording of an outpatient consultation to written recommendations for patients with advanced cancer is capable of increasing both the overall patient recall of the visit and satisfaction with the outpatient clinical setting. Patients expressed a high level of satisfaction with the audiocassette.
- 51 Ah Fat FG, Sharma MC, Damato B. Taping outpatient consultations: a survey of attitudes and responses of adult patients with ocular malignancy. *Eye* 1998;12(Pt 5):789-91.
- Most patients had shared the tape with immediate relatives, including their spouse (58%) or other family members (45%). Of those who had listened to the tape, 94% described it as very useful or quite useful in helping them understand their condition. The majority had found it valuable in helping them understand their treatment and its side-effects, in reducing their fears and anxieties and in their emotional and psychological adjustment to their illness. Most commented on the tape as a valuable communication aid to the consultation process.
- 52 McHugh P, Lewis S, Ford S, Newlands E, Rustin G, Coombes C, et al. The efficacy of audiotapes in promoting psychological well-being in cancer patients: a randomised, controlled trial. *Br J Cancer* 1995;71(2):388-92.
- Open or uncontrolled studies have suggested that providing cancer patients with audiotapes of their clinical interviews can improve information recall and reduce psychological distress. We tested these hypotheses in a 'clinician-blind', prospective, randomised controlled trial. [...] However, a second-order interaction suggested that poor-prognosis patients were disadvantaged specifically by access to the audiotape, with less improvement in psychological distress at 6 months follow-up than non-tape controls. Patient access to audiotapes of clinical interviews promotes factual retention but does not reliably reduce psychological distress and may be actively unhelpful in some subgroups of patients.
- 53 Andrewes D, Camp K, Kilpatrick C, Cook M. The assessment and treatment of concerns and anxiety in patients undergoing presurgical monitoring for epilepsy. *Epilepsia* 1999;40(11): 1535-42.
- This study investigated the impact of a treatment information package on patients being monitored for possible surgical treatment for temporal lobe epilepsy. [...] One hundred patients were randomly assigned to either a high- or low-information preparation condition. Levels of anxiety were tested soon after admission. [...] Within the main findings, an effect of dispositional style was found. Identification as either a monitor or blunter on the Miller Behavioural Style Scale showed different coping strategies on arrival in hospital as measured by the Concerns About Epilepsy Monitoring Questionnaire, indicating that the level of information given to patients with epilepsy on arrival needs to be mediated by awareness of these two dispositional styles so that they obtain maximal benefit from the information to which patients with epilepsy are exposed.
- 54 Ader DN, Seibring AR, Bhaskar P, Melamed BG. Information seeking and interactive videodisc preparation for third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 1992;50 (1):27-31.
- Patient response to interactive videodisc preparation for third molar extraction surgery was examined as a function of self-reported information-seeking style. Amount learned was compared among patients informed via an interactive videodisc, non-interactive videotape of the same material, or surgeon only. Anxiety levels and satisfaction with preparation were compared between the videodisc and videotape groups. At consultation, patients ($n = 35$) were randomly assigned to either the disc- or the tape-viewing group. [...] Quiz scores differed significantly among the groups; mean percent correct for the tape-viewing subjects was 85; for disc-viewing subjects 72.6; for surgeon-only subjects, 40. Self-rated information seeking was unrelated to amount of video viewed by disc subjects (on average, 64% of the videodisc was viewed), and disc subjects who rated themselves higher in information-seeking achieved the lowest postpreparation quiz scores. Subjects in the disc group were significantly more satisfied with the amount of preparation than the tape group.
- 55 Shepherd HA, Bowman D, Hancock B, Anglin J, Hewett D. Postal consent for upper gastrointestinal endoscopy. *Gut* 2000; 46(1):37-9.
- Information about gastroscopy procedure, personalised appointment details, and a carbonised consent form were compiled into a single booklet. This was mailed to patients well in advance of their endoscopic procedure. Patient satisfaction for this new process was assessed by questionnaire. [...] 275 patients received a patient information booklet. Of these, 150 (54.5%) returned the consent form by post when they confirmed their attendance; 141 (94%) had signed the form, and the other nine requested further information. Of the remaining 125 booklets sent out, 115 (92%) forms were brought back on the day of the investigation having been previously signed. The remaining 10 (8%) required further information before signing the form. An audit of 168 patients was used to test reaction to

- the booklet and the idea of filling in the form before coming to hospital; 155 patients (92.2%) reported the information given in the booklet to be "very useful", and all reported it to be "clear and understandable".
- 56 Feldman Stewart D, Brundage MD, Hayter C, Groome P, Nickel JC, Downes H, Mackillop WJ. What questions do patients with curable prostate cancer want answered? *Med Decis Making* 2000;20(1):7-19.
To determine the questions that recently diagnosed early-stage prostate cancer patients think should be addressed with patients like themselves. [...] Agreement on question importance, overall, was rather poor (mean 41.6%, kappa 0.17). [...] Although there was enough agreement to define a core set of questions that should be addressed with most patients, each of the remaining questions was also considered essential to some people [...] Such variability in information needs means that the subjective standard is the only viable legal standard for judging the adequacy of provision of information for the treatment decision.
- 57 Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK, Jahnigen DW, Barton PL. Information needs in terminal illness. *Soc Sci Med* 1999;48(10):1341-52.
Communication is especially important in terminal illness, when the appropriate course of action may depend more on patient values than on medical dogma. [...] Few easily identifiable patient characteristics were associated with expressed concerns or needs, suggesting that physicians need to individually assess patient needs. Terminally ill patients receiving palliative care had needs that were broad in scope. Given that few patient characteristics predicted responses, and that the majority opinion may not accurately reflect that of an individual patient, health care providers must be aware of the diverse concerns among this population and individualize assessment of each patient's needs and expectations.
- 58 Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M, McPherson K. Cancer patient's information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *Br Med J* 2000;320: 909-13.
Cancer information strategy should attend to variations in patients' desires for information and the reasons for them.
- 59 Aucun texte juridique ne m'a du moins appris que cette attitude particulière des juristes soit généralement prise en compte dans le débat concernant l'information sur les risques.
- 60 Fowlie PW, Delahunty C, Tarnow Mordt WO. What do doctors record in the medical notes following discussion with the parents of sick premature infants? *Eur J Pediatr* 1998;157(1):63-5.
In a retrospective review of medical notes we determined: (1) how often doctors record discussions with the parents of very low birth weight (VLBW) infants during the neonatal period; (2) what details of any discussion they actually record and; (3) if they are more likely to record discussion with the parents of sicker infants. [...] Conclusion: A record of discussion between medical staff and parents is found in the medical notes of less than half of all VLBW infants. These findings may have practical, ethical and legal implications.
- 61 Hoffenberg EJ, Rothenberg SS, Bensard D, Sondheimer JM, Sokol RJ. Outcome after exploratory laparoscopy for unexplained abdominal pain in childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151(10):993-8.
To describe the clinical features and outcome of 8 children (6 girls and 2 boys; mean [± SD] age, 13 ± 2 years) with unexplained abdominal pain who underwent exploratory laparoscopy. [...] All 8 patients were examined at an academic pediatric gastroenterology center and referred for exploratory laparoscopy because of unexplained abdominal pain. Laparoscopy was offered after family agreement to pursue behavioral management if the pain and disability did not improve. [...] In all 8 children, laparoscopy detected an anomaly at a site corresponding to that of the abdominal pain. Findings were adhesions in 7 children (3 colonic, 2 ileocecal, 1 gastric, and 1 appendiceal) and ovarian torsion in 1 child. At a mean follow-up of 12.6 months, the abdominal pain had completely resolved in 6 children, notably improved in 1 child, and continued unchanged in 1 child. Disability completely resolved in
- 2 of 3 children. Conclusions: In children with unexplained abdominal pain that is acute in onset, well described, and suggestive of peritoneal involvement, exploratory laparoscopy (1) successfully ends the cycle of abdominal pain in most cases; and (2) commonly identifies abnormalities, usually adhesions. However, whether laparoscopy, the placebo effect, or both promote the healing process is unclear. Further study is needed to develop criteria for referral for laparoscopic evaluation of unexplained abdominal pain.
- 62 Moseley JB Jr, Wray NP, Kuykendall D, Willis K, Landon G. Arthroscopic treatment of osteoarthritis of the knee: a prospective, randomized, placebo-controlled trial. Results of a pilot study (see comments). *Am J Sports Med* 1996;24(1):28-34.
The reasons why many patients seemingly benefit from arthroscopic treatment of osteoarthritis of the knee remain obscure. The purpose of this pilot study was to determine if a placebo effect might play a role in arthroscopic treatment of this condition. After giving full informed consent, including full knowledge of the possibility and nature of a placebo surgery, five subjects were randomized to a placebo arthroscopy group, three subjects were randomized to an arthroscopic lavage group, and two subjects were randomized to a standard arthroscopic debridement group. The physicians performing the post-operative assessment and the patients remained blinded as to treatment. Patients who received the placebo surgery reported decreased frequency, intensity, and duration of knee pain. They also thought that the procedure was worthwhile and would recommend it to family and friends. Thus, there may be a significant placebo effect for arthroscopic treatment of osteoarthritis of the knee. The small numbers in this preliminary study preclude a valid statistical analysis, and no conclusions can be drawn regarding the superiority of one treatment over another. A larger study is needed to evaluate fully the efficacy of an arthroscopic procedure for this condition and to decide if it is reasonable to expend health care resources for this treatment; the larger study should include a placebo control group.
- 63 Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, Von Korff M, Fordyce WE. The importance of placebo effects in pain treatment and research (see comments). *JAMA* 1994;271(20):1609-14.
To estimate the importance and implications of placebo effects in pain treatment and research from the existing literature, with emphasis on their magnitude and duration, the conditions influencing them, and proposed explanations. Data sources: English-language articles and books identified through MEDLINE (1980 through 1993) and PsycLIT (1967 through 1993) database searching, bibliography review, and expert consultation. Study selection: Articles were included if they pertained to the review objectives. Results: Placebo response rates vary greatly and are frequently much higher than the often-cited one third. Placebos have time-effect curves, and peak, cumulative, and carryover effects similar to those of active medications. As with medication, surgery can produce substantial placebo effects, and this possibility is commonly overlooked in case series reports on back surgery. Individuals are not consistent in their placebo responses, and a placebo-responder personality has not been identified. Models advanced to explain placebo effects emphasize the role of anxiety, expectations, and learning. Conclusions: Placebo effects influence patient outcomes after any treatment, including surgery, that the clinician and patient believe is effective. Placebo effects plus disease natural history and regression to the mean can result in high rates of good outcomes, which may be misattributed to specific treatment effects. The true causes of improvements in pain after treatment remain unknown in the absence of independently evaluated randomized controlled trials.
- 64 Moerman DE, Jonas WB. Toward a research agenda on placebo. *Adv Mind Body Med* 2000;16(1):33-46.
The placebo effect is about healing. The human healing process can be substantially influenced in actual medical practice by appropriate kinds of caring, communication, and patient empowerment. The creation of "meaning" and of "representations" by physicians and their patients can have dramatic effects on patients for good or ill. These effects are potentially as important in procedures such as surgery or chiropractic as they are in medicine generally. Placebo processes can substantially

affect the overall response to health care and its cost, yet very little research specifically explores these phenomena. An explicit research agenda should be developed to investigate the influences of belief, context, and meaning in medicine. Such a research agenda would have significant beneficial scientific and policy consequences. In addition, it would enhance our understanding of those healing processes that underlie most if not all of medicine.

- 65 Spiegel H. Nocebo: the power of suggestibility. *Prev Med* 1997; 26(5;Pt 1):616-21.

A useful way to summarize the placebo-nocebo theme is to consider the tension and interaction between conviction and responsibility. With the conviction of the mainstream biomedical paradigm prevalent today, it would be tempting to say to Dr. Engel's patient: "That question is nonsense. Cancer pain is not classified as 'male' or 'female'. Pain varies with location in the body and other factors." This response is technically honest but, in effect, it would have the impact of a nocebo. It would impair the patient's hope and morale. The doctor's honesty and conviction would serve as blinders to the patient's suffering. This type of honest statement results in a diminished sense of responsibility for the patient's well-being. Taking the biopsychosocial context into account, Dr. Engel achieved a balance between conviction and responsibility. The patient's question was understood within the meaning and metaphorical terms of her belief system. He answered in a manner that respected her private point of view toward pain and tapped her suggestibility, guiding her toward a probable placebo effect. "Female cancer" resonated with her personal beliefs and wish for less pain. Engel was both true to his convictions and responsible for providing the highest standard of care by understanding the patient's convictions and needs for comfort. The biopsychosocial concept provides a blueprint to bring the old-fashioned medical art of "humanness" to modern scientific care. Identifying the interactions of the problem, the person, and the totality of resources permits a focus on therapeutic strategies to promote placebo effects and prevent the consequences of nocebo.

- 66 Johnson AG. Surgery as a Placebo. *Lancet* 1994;344:1140-2 (avec d'autres références de la littérature, comme celles p.ex. de *N Engl J Med* 1958;258:113-5 et *N Engl J Med* 1959;260:1115-8.) (Indication donnée personnellement par Georg Schönbächler, Dr en pharm., Zurich).
- 67 Cf. également T. von Uexküll, dans la revue commémorative de H. G. Pauli, 1989: «Il fut encore plus édifiant d'observer comment les injections étaient plus efficaces que l'administration de comprimés ou de poudres, et comment aussi la présence d'un médecin ou d'une infirmière renforçait l'effet placebo (Lasagna 1955, Hamilton 1979). On en vient à l'aura curae, à savoir la situation dans laquelle se passe le traitement et le sens donné par le patient à une mesure thérapeutique.» T. von Uexküll aborde ensuite, comme dans une sorte de progression, la question de l'effet placebo en chirurgie: «alors que le médecin de famille et l'interniste se limitent le plus souvent, dans leur approche du patient, à prescrire des médicaments et le physio-

thérapeute à toucher la peau, le chirurgien dispose d'un rituel autrement plus impressionnant qui consiste en la préparation de l'intervention, la narcose, l'opération et le réveil en division de soins intensifs!»

Comment expliquer un effet placebo, que se passe-t-il chez le patient? T. von Uexküll rapporte les essais de Becher, qui avait comparé un effet placebo chez 173 personnes avec un autre effet placebo chez 831 patients. «Selon ces résultats, la situation rendant l'être humain sensible à un effet placebo peut être décrite comme une forme d'insécurité et de détresse.»

«La douleur peut non seulement radicalement changer la notion du temps chez l'être humain, mais aussi sa notion de l'espace. A l'échelle temporelle, le passé et l'avenir peuvent disparaître pour ne laisser place qu'à l'instant. L'espace, quant à lui, comme l'a si bien décrit Wilhelm Busch dans un poème sur la rage de dents, peut se rapetisser à l'échelle d'une molaire douloureuse.» Le processus conduisant à l'effet placebo ne se situe pas seulement à «l'échelle des qualités sensibles primaires», mais comme le montrent certaines recherches, il peut aussi se trouver en synchronisation avec la sécrétion d'endorphines, par exemple. Dès lors, il faut également s'enquérir des relations avec les «processus de signalisation à l'échelle des organes et des cellules, p. ex. des cellules du système immunitaire», afin de savoir comment fonctionne le patient médicalement traité.

- 68 Fletcher R.H. Who is responsible for the common good in a competitive market? *JAMA* 1999;281(12):1127-8.
- 69 C'est théoriquement envisageable pour les programmes informatiques interactifs et les procès-verbaux d'information des sociétés de discipline médicale. La question essentielle est de savoir si l'on veut vraiment un refinancement par l'intermédiaire de droits d'auteur ou si l'on ne doit pas préférer la voie directe du financement des recherches en la matière?!
- 70 Christoph Baum, médecin-chef du service d'anesthésie de l'Hôpital cantonal de Münsterlingen lors d'une réunion de la Société suisse de politique de la santé (SSPS) et de l'Union des chirurgiens le 7.2.1998 à Berne sur le thème de l'information du patient.
- 71 Schindele S, Hackenbruch W. Information du patient avant les opérations orthopédiques non urgentes; «Das Langenthaler Modell der 3-Stufen-Aufklärung»; publication prévue dans *Swiss Surgery*.
- 72 Kessler W, Faisst K, Kessler M, Aeberhard P, Ammann J, Biaggi J, Decurtins M, Schweizer W. Contrôle de qualité de l'information du patient; résultats d'une enquête menée auprès des patients sur le procès-verbal d'information de la Société suisse de chirurgie (SSC) dans 6 hôpitaux suisses. *Swiss Surg* 2000; 6(1):42-9.
- 2/3 of the patients asked for immediate preoperative written information, especially if they had malignant disease. Barely 4% of the patients were not reassured by the information provided to them. The fact that 2/3 of all patients re-read the informative protocol before the operation underlines how important it is to hand out a copy of the protocol to satisfy the informative needs of the patients.