

Le droit à l'information

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

SPECIFIQUES :	4
I Evolution de l'information médicale : Droit du patient et Devoir des soignants	5
I.1 Les dispositions juridiques	5
I.1.1 Code de déontologie : devoirs envers les patients	5
I.1.1.1 Devoirs généraux des médecins	5
I.1.1.2 Devoirs généraux des sages-femmes	7
I.1.2 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002	9
I.2 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé	10
I.3 L'information dans un établissement de santé	11
I.3.1 La charte de la personne hospitalisée	11
I.3.1.1 La charte européenne des droits des patients	11
I.3.1.2 La charte de la personne hospitalisée	12
I.3.2 La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	13
I.3.2.1 La transmission des informations	13
I.3.2.2 Le consentement et la preuve de l'information	13
I.3.2.3 La personne de confiance	14
II L'information médicale en périnatalité et planification familiale	15
II.1 A. Recommandations de la Haute Autorité en Santé	15
II.2 Les intervenants	15
II.2.1 A qui est destinée l'information ?	15
II.2.2 Les responsables de l'information et lieux d'intervention	15
II.3 Quelle information ?	16
II.3.1 Information orale	16
II.3.2 Information écrite	17

II.4 Le domaine spécifique de la planification familiale.....	17
III Bibliographie.....	17
IV Annexes.....	20

PRÉ-REQUIS

- Cours sur les Droits fondamentaux du patient
- Code de déontologie des sages-femmes

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- L'acquisition des grands principes législatifs et des recommandations concernant l'information du patient
- La connaissance pour la sage-femme des règles de l'information de la femme et/ou du couple dans le cadre de la périnatalité

INTRODUCTION

Lors de ces deux dernières décennies, l'information du patient a considérablement évolué d'un point de vue juridique, éthique et médiatique. L'émergence de nouveaux dispositifs de communication de l'information médicale a modifié le rapport de la personne à sa maladie et a ainsi influé sur la relation soignant soigné (cf Bibliographie1)).

La relation médecin-malade a progressé vers un modèle d'autonomie et de partage des décisions. Ainsi, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20020305&numTexte=1&pageDebut=04118&pageFin=04159 relative "aux droits des malades et à la qualité du système de santé" place l'information médicale comme un élément central de la relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient. Elle contribue à élever le patient au rang de partenaire actif dans la démarche thérapeutique afin d'être en mesure de donner un consentement libre et éclairé. (cf Bibliographie2).

La sage-femme occupe une place particulière dans l'information et le recueil du consentement des femmes et des couples dans le cadre de la maïeutique.

I EVOLUTION DE L'INFORMATION MÉDICALE : DROIT DU PATIENT ET DEVOIR DES SOIGNANTS

I.1 LES DISPOSITIONS JURIDIQUES

Le droit à l'information du malade est reconnu par la loi, le code de déontologie médicale et la jurisprudence de la cour de cassation. Il concerne entre autres les informations orales ou écrites, que doit recevoir une personne, notamment pour donner son consentement libre et éclairé à un acte médical (5).

I.1.1 Code de déontologie : devoirs envers les patients

I.1.1.1 Devoirs généraux des médecins

Le code de déontologie médicale précise les dispositions réglementaires d'un exercice professionnel. Ces dispositions sont subordonnées à la loi et à la constitution, elles doivent être compatibles aux décrets et commandent des arrêtés.

Dans sa 4ième version publiée dans le Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19950908&numTexte=&pageDebut=13305&pageFin=19950908

modifié par le décret n° 97-503 du 21 mai 1997 :
http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19970522&numTexte=&pageDebut=07690&pageFin=19970522, le code de déontologie des médecins a tenu compte de l'évolution des pratiques médicales en consacrant un article inaugural à l'information (6) :

L'Article R4127-35 :

http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=FEA39D5A81F8234A242347D08D92FD77.tpdjo12v_2?idArticle=LEGIARTI000006912897&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111214 du Code de la Santé Publique énonce que : *"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 propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension"*

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article (. 1111-7 :
http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=984D441557436F8D242B28649A4A06A8.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123 du CSP, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers 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'Article 4127-34 :

http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7A65714C423BE192A3D676F9A663BF1B.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006912896&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111209 précise que : *"Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution".*

Ainsi cette obligation d'information est le corollaire de l'obligation de l'obtention d'un consentement éclairé du patient préalablement à toute intervention. Le texte entend par « investigations », les interventions effectuées dans un but de prévention, de diagnostic, de thérapie, de rééducation ou de recherche (7).

L'article R 4127-36 :

http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7A65714C423BE192A3D676F9A663BF1B.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006912898&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111209 stipule que : "Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R4127-42 :
http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7A65714C423BE192A3D676F9A663BF1B.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006912905&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111209 "

Le consentement éclairé du patient ne peut donc être obtenu que dans le cadre d'une information claire et adaptée à sa situation. Les risques et les enjeux de la démarche thérapeutique doivent être exposés en veillant à ne pas éveiller d'anxiété en lui. Le médecin devient conseiller, et ne doit pas prendre de décision en lieu et place de son patient. Le patient doit exprimer clairement sa participation au traitement qui lui paraît le plus adapté sans avoir à décider seul de la démarche à suivre. Le consentement éclairé apparaît comme une association du médecin et de la personne soignée contre la maladie et pour la prévention (7).

I.1.1.2 Devoirs généraux des sages-femmes

Les sages-femmes, qui exercent une profession médicale, disposent également de leur propre code de déontologie inscrit dans le code de la santé publique (Article R4127-301 à Article R4127-367 : <http://legifrance.com/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111214>)

Ce code a été conçu dans l'intérêt des patientes et a été édicté par le décret 91-779 du 8 août 1991 : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19910814&numTexte=&pageDebut=10765&pageFin= sur proposition du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Il fixe les devoirs de la sage-femme dans la pratique de son art.

Régulièrement le Code de déontologie des sages-femmes est amené à évoluer afin de s'adapter au nouveau contexte de l'exercice professionnel. La dernière modification est

intervenue avec la publication du Décret n° 2008-863 du 27 août 2008 :
http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20080829&numTexte=25&pageDebut=13613&pageFin=13614.

La sage-femme se doit de respecter certaines règles en matière d'information de ses patientes.

Ainsi, l'article R 4127-331 :

[http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7A65714C423BE192A3D676F9A663BF1B.tpdjo05v_1?](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7A65714C423BE192A3D676F9A663BF1B.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006913132&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=2011209)

[idArticle=LEGIARTI000006913132&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=2011209](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123) du CSP, précise que : "*Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7 :*

[http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123)

[idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123) du CSP et pour des raisons légitimes que la sage-femme apprécie en conscience, une patiente peut être laissée dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave la concernant.

Un pronostic fatal ne doit être révélé à la patiente qu'avec la plus grande circonspection, mais la famille doit généralement en être prévenue, à moins que la patiente n'ait préalablement interdit toute révélation sur son état de santé ou désigné les tiers auxquels cette révélation doit être faite".

Dans cet article il est rappelé aux sages-femmes qu'elles doivent respecter l'article L. 1111-7 :

[http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123)

[idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123) du CSP relatifs aux droits de la personne malade ou usager du système de santé.

L'article L. 1111-7 :

[http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123)

[idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000024316824&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123) du CSP, qui affirme que : "*Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été*

recueillies auprès de tiers n' intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers".

La finalité de l'information délivrée par la sage-femme est de permettre à la patiente de consentir en toute connaissance de cause, et de manière éclairée aux soins qu'on lui propose. Dans le cadre de la relation auprès de la femme enceinte, il faut tenir compte d'une certaine spécificité de cette dernière par rapport aux autres patients : celle-ci ne peut pas se soustraire à l'accouchement comme un patient à une intervention. La sage-femme doit donc adapter sa manière d'informer, sans être anxiogène ni trop abrupte. (8).

I.1.2 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

En France, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 :

http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20020305&numTexte=1&pageDebut=04118&pageFin=04159 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait suite aux états généraux de la santé et à l'évolution de notre système de santé. Dans un second titre, elle fonde le concept de démocratie sanitaire nouvelle étape dans la relation entre les professionnels de santé et patients. Ainsi elle érige le droit à l'information au rang de droit de la personne malade. Seules l'urgence et l'impossibilité d'informer peuvent faire échec à ce droit. (9 ,10).

L'article L 1111-2 :

http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7A65714C423BE192A3D676F9A663BF1B.tpdjo05v_1?

[idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111209](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7A65714C423BE192A3D676F9A663BF1B.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111209) du CSP stipule que : *"Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence 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 tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission..."

Cet article réinstaura et officialise la notion de dimension humaine dans la relation soignant-soigné. Même si l'information est un droit du malade et une obligation du professionnel de santé (dans le cadre de ses compétences et le respect des règles professionnelles), elle reste un devoir de conscience à divulguer avec ménagement (11).

Dans ses arrêts n°198530 du 5 janvier 2000 : <http://legimobile.fr/fr/jp/a/ce/ad/2000/1/5/198530/> et n° 190076 du 17 mai 2000 : <http://legimobile.fr/fr/jp/a/ce/ad/2000/5/17/190076/>, le Conseil d'Etat a précisé que lorsqu'un acte médical comporte un risque de mort ou d'invalidité, le patient doit en être informé. Le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas le praticien de son obligation, pour ainsi obtenir un consentement éclairé. La loi du 4 mars 2002, tout en maintenant cette position, en atténue quelque peu la portée en mentionnant « les risques fréquents ou graves » (7).

Le droit de savoir, d'être informé est donc un des droits essentiel du malade. Son non respect est très mal vécu par lui-même et par son entourage, car il les dépossède d'un besoin fondamental.

Article L 1111- 2 :

http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123 du CSP rappelle aussi que : "*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*".

I.2 LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

En ce qui concerne la délivrance de l'information, la loi du 4 mars 2002 modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 art. 37 : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244 fait référence aux recommandations de bonnes pratiques, établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du ministre de la santé,

Ces recommandations visent à placer l'information médicale comme élément central de la relation de confiance entre le médecin et le patient, et à permettre à ce dernier de participer activement aux soins. Elles portent sur le contenu, les qualités et la manière de délivrer des informations générales mais aussi spécifiques à chaque situation rencontrée.

L'accent est mis sur la primauté de l'information orale et la complémentarité de l'écrit. Ces informations doivent être hiérarchisées et reposer sur des données validées.

Elles rappellent également la nécessité d'étudier cette information, notamment en évaluant la satisfaction des patients, les pratiques professionnelles et la qualité des documents écrits.

I.3 L'INFORMATION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Dans le cadre de l'exercice de la médecine hospitalière publique, le patient est un usager du service public et se positionne dans une situation statutaire. Ainsi les règles relatives à l'information ne concernent pas seulement les médecins. Cette information est régie par des règles d'organisation des établissements de soins (12).

I.3.1 La charte de la personne hospitalisée

I.3.1.1 La charte européenne des droits des patients

Au niveau européen, en 2002 l'Active Citizenship Network, en tant qu'association de citoyens européens, en collaboration avec 12 associations d'autres États européens, a décidé de rédiger une charte européenne des droits des patients : <http://www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/droit-patients/charte-europeenne-droits-patients-fr-de-en/charte-europeenne-droits-patients-14-droits-fr.pdf>. Cette charte présente 14 droits, visant à la fois à garantir la protection de la santé humaine tel que le prescrit l'article 35 de la Charte fondamentale des droits de l'Union européenne : http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf et à assurer la qualité des services nationaux de santé en Europe.

Son contenu s'appuie principalement sur la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, mais également sur des textes du Conseil de l'Europe et de l'Organisation mondiale de la Santé.

Deux articles concernent le Droit à l'information et le Droit au consentement éclairé du patient :

Article 3-Droit à l'information

Chaque personne a le droit d'accéder à toutes les informations concernant son état de santé, les services de santé et comment y avoir accès, et à tout ce que la recherche scientifique et l'innovation technologique rendent disponibles.

Article 4-Droit à participer aux décisions

Chaque personne a le droit d'accéder à toute information qui pourrait lui permettre de participer activement aux décisions concernant sa santé ; cette information est un préalable.

I.3.1.2 La charte de la personne hospitalisée

En France, la charte de la personne hospitalisée : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf constitue une actualisation de la charte du patient hospitalisé de 1995, rendue nécessaire par l'évolution des textes législatifs notamment :

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20020305&numTexte=1&pageDebut=04118&pageFin=04159
- Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20040807&numTexte=1&pageDebut=14040&pageFin=14063
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique , : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20040811&numTexte=4&pageDebut=14277&pageFin=14337
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20050423&numTexte=1&pageDebut=07089&pageFin=07090 (13).

Elle précise que les établissements doivent assurer une information médicale et sociale des personnes hospitalisées. Ils sont garants de l'égalité d'accès à cette information en veillant à mettre en œuvre des moyens adaptés face à des difficultés de communication ou de compréhension des patients.

L'information délivrée par le médecin ou la sage-femme au cours d'un entretien individuel, doit être renouvelée si nécessaire. De plus, le professionnel doit faire preuve de tact et répondre de manière adaptée aux questions posées. Dans le cadre d'une information difficile à recevoir par le patient, le médecin peut proposer un soutien psychologique.

Lorsque l'intervention d'autres professionnels de santé s'avère nécessaire pour la dispense d'une information médicale complète: le médecin organise le parcours de la personne ou à défaut lui indique d'autres professionnels.

En fonction de leur domaine de compétence, les médecins, les sages-femmes ou les autres professionnels de santé participent à l'information et à l'éducation du patient afin de lui permettre de participer aux choix thérapeutiques.

Il est vrai qu'une totale autonomie des patients sans les conseils avisés du médecin peut le laisser isolé face à certains choix et ainsi conduire à une déshumanisation de la médecine. Les médecins doivent donc guider le patient avec une approche d'éducation à la santé. Face à des situations cliniques particulières (précarité, souffrance physique, psychique..),

l'application de la loi peut sembler difficile. C'est pourquoi le médecin doit garder une responsabilité morale de protection des patients en toute situation (9).

I.3.2 La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

I.3.2.1 La transmission des informations

Dans son titre 2 : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20020305&numTexte=1&pageDebut=04118&pageFin=04159 , cette loi précise que le secret professionnel couvre *"l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.."*

De plus, elle ajoute que : *"Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe" (2).*

Ainsi la notion de secret partagé s'entend entre personnes responsables des soins et de l'accompagnement d'un patient (médecins, sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, psychologues, secrétaire médicale, assistante sociale...). Seules les données utiles à la prise en charge doivent être échangées et non l'intégralité du dossier médical (9).

L' article L 1111-2 :

http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=4AA2D5984227F06694959B1448A9051F.tpdjo12v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890189&dateTexte=20111208&categorieLien=id#LEGIARTI000020890189 du CSP (modifié par la loi du 21 juillet 2009) spécifie que : *"L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels 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"*.

I.3.2.2 Le consentement et la preuve de l'information

Le consentement doit être libre et éclairé, et aucun acte médical ne peut être réalisé sans ce consentement, un consentement qui d'ailleurs peut être retiré à tout moment (2).

L'éclairage de ce consentement est donc intimement lié à la qualité de l'information fournie par les professionnels de la santé.

A propos de cette information, l'article Article L 1111- 2 : [http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123)

[idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=C76DC5656302298D96DF0445917703FA.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120123) du CSP énonce que : *"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 tout moyen"*.

Il vient donc consacrer la jurisprudence en matière de charge de la preuve qui incombe aux professionnels de santé et qui peut-être apportée par tous moyens (14).

La preuve est donc libre. Cependant il apparaît que la proposition d'une notice au patient pour signature est plutôt néfaste à la relation soignant-soigné car elle peut-être perçue comme un acte de défiance et de protection. De plus si cette dernière est incomplète, elle peut alors constituer une preuve contre le médecin. Par ailleurs, si sa conception provoque un effet anxiogène chez le patient, elle peut le conduire à le dissuader de bénéficier de certains soins (7).

Ainsi d'autres éléments de preuve semblent plus intéressants tels que la tenue du dossier médical et du dossier de soin (avec la rédaction des informations exposées), le temps consacré, l'organisation du service, le contenu des courriers échangés.

I.3.2.3 La personne de confiance

La loi précise que toute personne peut choisir par écrit une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information à cette fin. Ce choix révocable à tout moment. (2).

L'article L 1111-6 :

[http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=503A28898AE154C01B4B6DC12226F1EA.tpdjo12v_1?](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=503A28898AE154C01B4B6DC12226F1EA.tpdjo12v_1?idArticle=LEGIARTI000006685773&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111208)

[idArticle=LEGIARTI000006685773&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111208](http://legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=503A28898AE154C01B4B6DC12226F1EA.tpdjo12v_1?idArticle=LEGIARTI000006685773&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111208) du CSP ajoute également : *"lors de tout hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement"*.

II L'INFORMATION MÉDICALE EN PÉRINATALITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE

II.1 A. RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ EN SANTÉ

En avril 2005, l'HAS a diffusé des recommandations : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf sur l'information aux femmes enceintes pour les professionnels de la santé, recommandations élaborées à partir d'un document de l'ANAES de 2004.

Des conseils sur la manière de "bien informer la femme enceinte ou le couple" sont présentés en toute première partie. Ainsi consacrer du temps et apporter une écoute attentive aux attentes des futurs parents apparaissent comme les points clés dans la délivrance de l'information. Cette information doit toujours être fondée sur des données scientifiques actuelles et sur les droits de la réglementation. Elle peut être complétée par des documents écrits fiables. L'utilisation d'un langage et/ou de support adapté est préconisée en particulier pour les personnes présentant un handicap mental ou sensoriel ou pour les personnes ne lisant pas ou ne parlant pas le français. Il est suggéré de renouveler l'entrevue si le volume ou la nature de l'information le nécessite et d'apporter des informations écrites sur le déroulement du suivi médical de la grossesse, la prévention des risques et l'offre de soins locale.

En outre, la continuité des soins est assurée par le partage des informations entre les différents professionnels concernés et les futurs parents (15).

II.2 LES INTERVENANTS

II.2.1 A qui est destinée l'information ?

En médecine périnatale, l'information doit comme toute autre forme d'exercice médical être intégrée au soin. Toutefois, une différence notable existe : le personnel de santé doit faire face à plusieurs interlocuteurs qui sont, la mère ou future mère, et le plus souvent le père ou futur père. Les soignants sont confrontés au devoir d'apporter des soins adaptés tant à la mère qu'au fœtus et ultérieurement au nouveau-né.

Pour le professionnel de santé, appréhender l'entité parentale ou la singularité des deux peut paraître complexe. Mais il est important d'apporter la même information en modulant la présentation surtout en situation de crise ou des divergences peuvent être exprimées (16).

II.2.2 Les responsables de l'information et lieux d'intervention

Dans le cadre de la périnatalité, de nombreux soignants sont amenés à intervenir. Ils se distinguent tous par leurs domaines d'expertise (obstétrique, pédiatrie, anesthésie..), leurs compétences (obstétriciens, sages-femmes..), leurs expériences personnelles et leur moment d'intervention pendant la grossesse.

A cette multiplicité de référents se superposent les lieux de prise en charge : l'organisation en réseau de soins avec la possibilité de transfert, les consultations spécialisées en fonction des risques (médecine interne, endocrinologie, néphrologie...).

Pour améliorer la qualité de la prise en charge, le plan périnatalité 2005-2007 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf a souhaité mettre en œuvre un système d'information reposant sur

- l'informatisation et le partage des données par les acteurs du réseau
- le recueil de données épidémiologiques par l'Etat et les Agences Régionales de Santé.

Ce regroupement d'information ainsi que sa mise en commun a pour objectif d'éviter d'une part les doubles saisies, la mauvaise compréhension des usagers, et de faciliter d'autre part la recherche d'informations, par les professionnels, utiles à la prise en charge de la mère et de son enfant (17).

II.3 QUELLE INFORMATION ?

II.3.1 Information orale

Face à la complexité et à l'enjeu des situations rencontrées en maternité, la clarté de l'information délivrée reste primordiale. La qualité dépend donc des échanges et de l'écoute mis en œuvre malgré la dimension technique de certains actes.

Cette information ne se limite pas seulement aux situations d'urgences ou difficiles, mais elle doit être présente chaque jour en plus des soins habituels mis en place.

L'HAS rappelle dans ses recommandations aux femmes enceintes qu'il est nécessaire de créer des conditions de dialogue propices aux questions et à la discussion. Ce climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes des femmes, est favorisé par la disponibilité des professionnels de santé. Elle précise également la nécessité d'une information cohérente pour la continuité des soins entre les professionnels de santé et à l'interdisciplinarité de la prise en charge (15).

En 2006, une enquête auprès des usagères en maternité par la DRESS : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf> (DRESS = direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a permis d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France avant la concrétisation des

mesures du plan périnatalité de 2005-2007. Parmi les résultats de cette étude, on note que les femmes souhaiteraient être mieux informées sur les actes médicaux pratiqués au cours de l'accouchement : "Elles se révèlent plus sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé". De plus, l'enquête suggère également que des progrès peuvent être accomplis en matière de conseils et d'information pour préparer la sortie de la maternité (18).

II.3.2 Information écrite

Selon l'HAS des informations écrites sur la surveillance médicale de la grossesse, et sur l'offre de soins locale doivent être fournies. De plus les documents écrits sont rédigés en tenant compte des données de la littérature, et là il est suggéré que les réseaux de soins pourraient élaborer et valider ce type de documents. Ces informations écrites se doivent de compléter l'information orale et non la remplacer (15).

II.4 LE DOMAINE SPÉCIFIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le champ de compétences de la sage-femme la conduit aussi à intervenir dans le domaine de la planification familiale.

Au même titre que les médecins elle applique les règles législatives pour l'information des adultes et des mineurs en matière d'IVG ou de contraception (Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 : http://legifrance.com/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20010707&numTexte=1&pageDebut=10823&pageFin=10827).

III BIBLIOGRAPHIE

- (1) *Bibliographie* : HIRSCH E. Ethique, médecine et société. Paris : Ed Vuibert, 2008, 892 p.
- (2) *Bibliographie* : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.(J.O. 5 mars 2002)
- (3) *Bibliographie* : VENDITTELLI F, TESSIER V, CRENN-HEBERT C, LEJEUNE C. Introduction à l'évaluation des pratiques professionnelles. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Avril ; 37 (2) :127-134.
- (4) *Bibliographie* : MOREL L., ROCHEDREUX A., BALLEREAU F., WIERTLIEWSKI S., CHEVALIER S., LOMBRAIL P. L'information du patient à l'hôpital, un partage implicite des rôles entre professionnels. Presse Med. 2004 Nov 20;33(20):1431-6.
- (5) *Bibliographie* : HOERNI B., BENEZECH M., Evolution sociale, juridique, éthique. Paris : Masson, 1993, 135 p.

- (6) *Bibliographie* : NORMANT- CORVSET K. L'information médicale : une évaluation à propos de l'anesthésie obstétricale, auprès des patientes de Landerneau. Thèse de doctorat en médecine. Brest : Université de Bretagne Occidentale de Brest, 2005.
- (7) *Bibliographie* : MOUTEL G. Devoirs d'information vis-à-vis des patients, risque et incertitude : Evolutions et enjeux éthiques. Paris : laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de la santé publique, 2004
[http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/\\$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf)
- (8) *Bibliographie* : PONTE C., NGUYEN F., POULAIN MA. 40 questions sur le métier de sage-femme. Paris : Masson, 2007, 264 p.
- (9) *Bibliographie* : MOUTEL G., LIEVRE A., HERVE C. Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin- patient. Paris : laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de la santé publique, 2003.
[http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/66ec0b411d0c4601c125673700595904/\\$FILE/loi%20du%204%20mars.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/66ec0b411d0c4601c125673700595904/$FILE/loi%20du%204%20mars.pdf)
- (10) *Bibliographie* : PIERRE F. Evolution prévisible de la relation médecin- malade en gynécologie- obstétrique. Gyn obs fert 2004 ; 34 : 691- 693.
- (11) *Bibliographie* : HEVE C. L'information et le consentement à hôpital : quelles difficultés. APIPS INFO 2003 ; 65 : 128-135.
- (12) *Bibliographie* : ANAES. Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Ed. Paris : ANAES , 2000.
- (13) *Bibliographie* : Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm>
- (14) *Bibliographie* : CALLIES I. Eléments de droit à l'usage des médecins : responsabilité médicale, droits des malades.
[http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/66ec0b411d0c4601c125673700595904/\\$FILE/EI%C3%A9ments%20de%20droit%202004.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/66ec0b411d0c4601c125673700595904/$FILE/EI%C3%A9ments%20de%20droit%202004.pdf)
- (15) *Bibliographie* : HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Paris / Ed. HAS, 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
- (16) *Bibliographie* : AZRIA E., BETREMIEUX P., CAEYMAEX L., DEBILLON T., FOURNIE A., HUILLERY M-L. et al. L'information dans le contexte du soin périnatal : aspects éthiques. Archives de pédiatrie 2007, 14 : 1231- 1239.

(17) *Bibliographie* : BREART G., PUECH F., ROZE JC., PLAN « périnatalité » 2005- 2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris : Ministère de la santé ; 42p.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

(18) *Bibliographie* : DREES. Satisfaction des usagères en maternité à l'égard du suivi de la grossesse et du déroulement de l'accouchement, n° 660- septembre 2008.

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

(19) *Bibliographie* : GRENIER R. La qualité de soins sous l'angle de la satisfaction des patients. Journal de réadaptation médicale 1998, vol. 18, no3, pp. 87-90

(20) *Bibliographie* : GERBAUD L., MASCART M., BELGACEM B., LEJEUNE ML., LACOMBE C., PRUNAYRE M. et al. Développement d'un auto-questionnaire évaluant la satisfaction des femmes à l'égard des maternités. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 : 139- 156.

IV ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- CSP : Code de la Santé Publique
- DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques