**L’information du patient, rencontre douloureuse dans les services hospitaliers libanais**

Par

**Dina EL MAOULA**

**مجلة العدل العدد 4/2014**

Chacun a droit à la vie et à l’intégrité physique. Ce droit fondamental est consacré par l’article 2 de la Déclaration Universelle Des droits de l’Homme de 1948.De ce droit, découlent d’autres droits fondamentaux, prévus dans le code libanais sur la déontologie médicale du 22/2/1994 et dans la loi du 11 octobre 2004 sur les « droits des malades et du consentement éclairé ».

Cette dernière loi prévoit plusieurs droits fondamentaux. Nous citerons celui à l’obtention des soins médicaux adéquats et conformes aux données acquises de la science, le droit au respect de la vie privée ainsi que le droit du malade d’imposer le respect de sa volonté.

Quant au code de déontologie médicale dans son titre second, relatif aux devoirs des médecins envers les malades, il oblige dans l’a 27 al. 4, le médecin à toujours respecter la volonté du malade.

Afin de ne pas réduire le malade à sa maladie et la vérité au diagnostic, il faudrait que l’information devienne au Liban, l’élément central dans la relation de confiance établie entre le médecin et le patient, et qu’elle contribue à la participation active de ce dernier aux soins.

Cette relation médecin-patient a traditionnellement suivi ce que l’on a nommé « de modèle paternaliste » et c’est le modèle qui perdure très souvent dans notre société libanaise, où le médecin conscient de son savoir, se déclare gardien de l’intérêt du patient. Il prend les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance comme étant le devoir de ne pas nuire, de prévenir et de supprimer le mal ou la souffrance afin de promouvoir le bien du malade. Sachant que soulager la douleur et prendre en compte la souffrance constituent des composantes essentielles de la qualité des soins à l’hôpital et représentent un des aspects fondamentaux de l’accompagnement des personnes en fin de vie.

D’un point de vue juridique, un acte médical constitue une atteinte à l’intégrité corporelle. Bien sûr, le patient consent à cette atteinte dans la mesure où elle doit lui permettre de retrouver ou de protéger sa santé. Mais afin de pouvoir valablement consentir, deux obligations s’imposent. D’une part, le médecin doit permettre au patient de disposer de toutes les informations nécessaires en vue de pouvoir les intégrer dans ses convictions personnelles, sa foi religieuse et ses traditions culturelles et d’autre part, le médecin doit veiller à s’assurer que malgré les obstacles socioculturels, les informations fournies sont comprises, que le patient n’a pas été induit en erreur par des informations médicales recueillies, erronées ou incomplètes et surtout qu’il n’ait subi des pressions ou été influencé par des tiers.

**(Lourde tâche Docteur !)**

Face au médecin détenteur du pouvoir et du savoir, face au médecin expert de la connaissance, le patient prisonnier de son ignorance, ne peut qu’acquiescer et accepter le modèle thérapeutique proposé. Le patient est perçu, dans ce modèle paternaliste comme étant une personne incapable de décider seule malgré les dispositions de la loi de 1946 instituant les ordres des médecins au Liban, malgré le Règlement Intérieur de l’Ordre des médecins de Beyrouth, malgré le code de déontologie libanais de 1994 et surtout malgré la clarté de son article 27 al. 4. Pourtant, la loi de 1946 donne au Conseil de l’Ordre un pouvoir disciplinaire sur « les médecins qui violent les obligations de leur profession... ») mais ces dispositions ne s’imposent aucunement aux patients et sont uniquement à usage interne de la profession. Ce pouvoir disciplinaire étant indépendant de toute autre action civile ou pénale.

Il a fallu attendre la loi de 2004 sur les droits du patient et le consentement éclairé pour que l’obligation d’information soit conçue et établie comme un droit inhérent à la santé du malade. L’article 2 disposant que « tout malade soumis à la garde d’un médecin ou d’une institution de santé, a droit à des informations complètes sur son état de santé ». Mais cette conception classique reste inopérante face à la quantité d’informations techniques que doit expliquer le médecin.

Toutefois, la jurisprudence française propose parfois d’utiliser le concept de « volontariat contraint », d’en appeler au rationnel thérapeutique de l’intervention et de faire une balance entre le principe d’autonomie et le principe de bienfaisance... mais, le praticien devant la quantité d’informations, est contraint de sélectionner les plus pertinentes.

Pourtant les progrès médicaux et la modification de l’attitude des malades ont permis de constater que ce qui était impensable hier est couramment réalisable aujourd’hui. La souffrance et les échecs médicaux sont de moins en moins tolérés, voire acceptés et les médecins sont de plus en plus accusés de négligence voire d’incompétence.

Mais la jurisprudence libanaise reste largement insuffisante malgré la forte influence du droit français.

En raison de ce changement d’attitude et de rapports, l’application de l’information préalable est devenue plus qu’une nécessité. D’une relation où patient est en situation d’infériorité, de soumission, à une relation où patient est en situation de connaisseur des droits, revendiquant l’information qui peut toutefois, lui être refusée ou dissimulée sous prétexte que la vérité lui est nuisible et pouvant compromettre sa guérison.

Au Liban, l’article 9 du règlement intérieur de l’Ordre des médecins à Beyrouth précise « que le médecin ne doit pas effrayer le patient en vue de lui soutirer son argent”. Tandis que le code de déontologie médicale dans son titre premier, relatif aux devoirs généraux des médecins dispose dans son article 3 al. 2: que « la volonté du malade doit être respectée dans la mesure du possible. Si le malade n’est pas en mesure d’exprimer sa volonté, il incombe au médecin, sauf urgence ou impossibilité, d’informer ses proches de l’état de leur malade ».

A aucun moment dans ce code de déontologie composé de 6 Titres et de 64 articles, il est question de consentement et encore moins de la nature de l’information.

Il a fallu attendre l’apparition de cette loi de 2004 pour qu’il soit exigé que le consentement du patient devienne éclairé. Loi qui a vu le jour grâce à la volonté de plusieurs personnes sensibles à la dignité de la personne humaine.

Par conséquent, la responsabilité du médecin et plus généralement, la responsabilité de tout établissement de santé est engagée pour faute à travers son obligation positive de soins, mais aussi à travers son obligation négative corollaire, celle de ne pas nuire au patient, mais jamais pour information préalable, tout en admettant que la faute peut se révéler au niveau de l’acte thérapeutique même, mais aussi, au niveau de l’information préalable à l’acte lui- même.

Cette faute est souvent due soit au manquement à l’obligation d’information qui réside dans le fait que le médecin procède aux soins sans obtenir l’accord préalable du malade, soit au fait que le médecin manque à son obligation d’information envers le malade. Le premier cas étant très rare, nous allons approfondir le second en l’encadrant par des recommandations.

A l’image de la France, il est donc nécessaire d’établir des recommandations de bonnes pratiques qui doivent être élaborées sur le thème de l’information qu’il convient au médecin de donner à chaque patient, précisant en particulier le contenu et la forme de cette information.Ces recommandations auront pour objectif de proposer au médecin une aide, des supports, dans la manière de dispenser au patient une information de qualité en tenant compte du respect dû à sa personne.

Une information de qualité qui suppose une assise en amont relative à la mise en cohérence du contenu de l’information dans un SIH performant et une assise en aval relative à la mise en œuvre de critères précis d’évaluation de la qualité de l’information.

**I. La mise en cohérence du contenu de l’information dans un SIH performant:**

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, sur les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Ainsi, le devoir d’information du patient se doit d’être une obligation légale qui s’impose dans les circulaires distribuées dans tout établissement de soins afin d’obtenir le consentement du patient.

« Le contrat qui se forme entre le chirurgien et son client comporte, en principe, l’obligation pour le praticien de ne procéder à une opération chirurgicale déterminée, par lui jugée utile, qu’après avoir, au préalable, obtenu l’assentiment du malade...il appartient toutefois à celui-ci, lorsqu’il se soumet en pleine lucidité à l’intervention, de rapporter la preuve que le chirurgien a manqué à cette obligation contractuelle en ne l’informant pas de la véritable nature de l’opération qui se préparait et en ne sollicitant pas son consentement à cette opération »

Le contenu de l’information prendra donc en compte deux éléments: la nature de l’information et ses modalités.

**A- Quant à la nature:**

Le devoir d'information du malade a toujours été reconnu et, à défaut du code, par la jurisprudence, qu'il découlait, implicitement mais nécessairement, de l'obligation d'obtenir du malade, préalablement à toute intervention ou traitement, son consentement. Celui-ci ne pouvait être donné que si le patient avait reçu sur son état et sur les soins envisagés une information: "simple, claire, intelligible et loyale" lui permettant de prendre une décision en toute connaissance de cause. Ce n’est que dans le code de 1995 que ce devoir fut expressément énoncé.

L’information doit être un dialogue et non un exposé de faits et d’une décision thérapeutique. La faute au niveau de l’information réside dans le fait que l’on ait procédé aux soins sans avoir suffisamment ou valablement informé le patient. Par ailleurs dans un arrêt du 1963, la cour affirme « que le médecin n’a pas cependant à lui faire un cours magistral, ni à souligner tous les risques exceptionnels: il suffit qu’il lui donne une idée raisonnable de la situation et lui permette de porter un jugement raisonnable ».

**1. Le devoir d’information:**

Ainsi, une information claire et loyale est due, mais surtout elle se doit d’être appropriéenon seulement à l’état du malade mais aussi aux soins qu’on lui propose, en tenant compte de sa personnalité, et surtout de ses antécédents. L’équipe soignante sera amenée parfois à traduire, dans tous le sens du terme, les données scientifiques afin qu’elles puissent être comprises par le patient.

Cette addition répond à une tendance générale visant à corriger l'insuffisance habituelle de l'information, telle du moins qu'elle est ressentie par les patients. Cette addition comble aussi, le premier reproche adressé aux médecins qui se résume par la formule: "Il ne m'a rien dit".

Il s’agit donc, de donner au patient des outils lui permettant d’appréhender sa maladie afin de la vivre de la manière la plus sereine.

Il ne s’agit pas uniquement de données médicales mais surtout de tout l’art de trouver les mots en fonction du décalage qui peut se traduire par une représentation personnelle que peut se faire le patient et l’approche médicale que le médecin pourra en avoir. Car plus le patient est fragile, plus il sera incompétent et plus il est important de choisir les termes adéquats. Il est évident que le vécu de chacun d’entre nous témoigne de la présence d’une certaine incapacité d’aptitude à recevoir ses informations, ce qui place le médecin face à un dilemme non négligeable, celui de considérer le patient comme valablement informé tout en sachant pertinemment, qu’il n’est pas en situation de prendre une décision raisonnée et parfois raisonnable, face à cette situation.

Conformément au code français de la Santé publique, l'information donnée au patient doit être loyale mais aussi accessible. La personne hospitalisée doit participer aux choix thérapeutiques qui la concernent, à leur utilité, aux traitements qui lui sont prescrits, leurs conséquences, les risques fréquents et leur gravité prévisible. Par conséquent, l'information a pour fonction de mettre le patient en mesure de faire des choix et de donner un consentement éclairé afin de prendre les décisions concernant sa santé. Elle doit être délivrée dans le cadre d'un entretien individuel avec le professionnel de santé. Sachant que seule la volonté (manifestée) du patient ou de la personne de confiance désignée, d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic peut dispenser les professionnels de leur obligation d'informer.

Ainsi la volonté de recevoir l'information doit pouvoir être recueilli préalablement à tout traitement, même si le consentement du malade est toujours réversible.

Quant aux mineurs et aux majeurs sous tutelle, des dispositions particulières s'appliquent. En effet, dans leurs cas, ce sont aux parents (titulaires de l'autorité parentale) ou au tuteur,que revient le droit de prendre ou participer aux décisions. Aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sans consultation préalable de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches. En revanche, le médecin peut passer outre le refus des parents ou du tuteur lorsque ceci peut entraîner des conséquences graves sur la santé du mineur ou du majeur protégé ou en cas d’urgence vitale.

A ce devoir d’information, un droit à l’information doit lui être corollaire et corrélatif.

**2. Le droit à l’information:**

Au Liban, on constate souvent une incompréhension, un malentendu, et c’est peu dire, entre le discours médical et l’illusion du patient face à la souffrance, à la maladie et à la douleur. A cette fin, quatre aspects doivent être respectés:

- Les fondements du choix des protocoles et traitements envisagés,

- Les alternatives possibles,

- Les conséquences prévisibles et inévitables

- et les risques associés.

L’importance de l’article L.1111-2 du code de la santé publique en France, justifie que malgré sa longueur, il soit cité dans son intégralité: « 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...”

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.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d’une manière adaptée soit à leur degré de maturité s’agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s’agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l’information doivent être établies.

Par ces aspects se pose alors la question de l’entourage, de la personne de confiance, du représentant légal ou conventionnel, mais ce sont encore une fois des sujets dépassant notre étude.

Ainsi, il est nécessaire et fortement recommandé, que le patient puisse bénéficier d’une synthèse des données médicales le concernant en se faisant une idée précise:

- Sur la conduite diagnostique initiale en prenant en considération son état de santé et son évolution,

- Sur les thérapeutiques possibles en mettant en exergue la description et le déroulement des examens, des interventions envisagées, leurs utilités et les bénéfices escomptés

- Et sur le pronostic de nécessité à cours, moyen et long terme tout en mettant en lumière les conséquences, les complications, les risques éventuels y compris exceptionnels et les précautions générales et particulières recommandées.

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 pouvant être apportée par tous moyens.

Cette mise en avant de la protection de la personne va dans le sens d’une société mieux informée, sans tomber dans la dérive consistant à donner plus de poids à la parole du patient qu’à celle du médecin et sans mettre en cause les médecins dans leur statut.

Cette mise en avant doit être instaurée juridiquement, légalement et éthiquement dans tous les établissements de santé, qu’ils soient privés ou publics. La vie, la santé et la dignité humaine du patient sont mises à découvert devant une insouciance, parfois volontaire, une incompétence parfois flagrante et une désinvolture frisant souvent l’inhumanité.

**B- Quant aux modalités:**

Si le contenu n’est pas clairement défini, les modalités d’information le seront encore moins.

C’est souvent à la fin de l’entretien, sur le pas de la porte, que le patient se considérant psychologiquement seul face à la décision, sort de sa léthargie et pose la question qu’il retenait et qui le préoccupait.

Le médecin à ce moment considérant avoir déjà expliqué même explicité et avoir fait son devoir, presse le pas vers la sortie pour marquer la fin de l’entretien, répond spontanément sans détour, brutalement.

Voilà pourquoi, Il est essentiel que la relation de confiance entre patient-médecin implique la primauté de l’information orale.

Il est nécessaire de lui consacrer le temps et la disponibilité impartis au cas par cas. Cette relation s’inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient et de son entourage.

Qui d’entre nous peut se vanter d’avoir posé toutes les questions qu’il voulait lors de la consultation. Qui peut parmi nous se vanter avoir bien saisi, bien compris, voire assimilé les modalités lors de la consultation. (Je l’en félicite.)

Par conséquent, avant tout acte médical, de soins ou de prévention, le patient doit être informé de son état de santé, du contenu de l’acte envisagé et de son opportunité.

Une information ayant des qualificatifs précis.

**1. Une information claire, appropriée et loyale:**

Ces qualificatifs, repris par différentes décisions expriment la forme sous laquelle l’information doit être donnée. L’information donnée au patient doit lui être intelligible, donc claire, appropriée et loyale.

Claire, l’information doit être simplifiée par rapport à un exposé spécialisé, évitant un langage trop technique et des détails superflus. Le praticien a souvent un rôle pédagogique qui suppose simplification, répétition et échange. Il peut être difficile de faire comprendre une situation complexe, il peut falloir la simplifier sans travestir la réalité, il faut s’assurer que le patient saisit ce qu’on lui explique, lui laisser le temps de poser des questions complémentaires.

Appropriée, l’information doit être conforme aux circonstances et doit être fournie suivant plusieurs facteurs:

\* selon la maladie et son traitement corollaire: les informations « mineures » sont quasi nécessaires, pour la bonne marche du traitement dans le but de favoriser son observance, réduire sa toxicité, éviter des inquiétudes injustifiées, que les informations majeures.

\* selon le moment de l’évolution d’une maladie et sa durée: il y a des moments critiques, préoccupants et d’autres de rémission, de détente ; ces changements supposent une adaptation du malade, du médecin et de leur relation, en évitant des positions de principe figées qui se trouveraient à certains moments inadaptées.

\* selon le patient, enfin et surtout.

Loyale, l’information se doit d’être loyale. Cette loyauté ne signifie pas une franchise brutale, crue. La dissimulation, toutefois, de certaines informations s’avère nécessaire dans l’intérêt du patient.

Sachant que tout mensonge est exclu, et que toute dissimulation avec l'intention de tromper est une faute en droit général, pouvant être la cause de nullité d'un contrat et source de responsabilité.

Le malade ne doit, à aucun moment, être soumis à une volonté aveugle, mais se voire expliquer les raisons d'une décision qu'impose au médecin l'état de la maladie.

Cependant cette séquence logique peut connaître des exceptions:

Tout d'abord le malade peut refuser une décision pourtant logique et évidente. Dans ce cas le médecin devra s'efforcer de persuader le patient de changer d'avis, tout en évitant d'exercer sur lui des pressions. S’il persiste cependant dans son refus et sauf urgence, son choix devra être respecté. Mais lorsque l’acte proposé est indispensable à la survie du patient et proportionné à son état, le médecin se doit d’agir en conscience pour tenter de le sauver.

Cette information de qualité est le préalable indispensable à tout consentement éclairé. Ce consentement étant la pierre angulaire de la relation médecin-malade et de la pratique médicale. Elle revêt une nécessité toute particulière en milieu hospitalier où le malade est en contact avec toute une équipe soignante. La responsabilité du médecin est en effet engagée s'il n'a pas donné à son patient l'information nécessaire. Il pourra alors être condamné à indemniser le malade non pas de l'ensemble du dommage corporel dont il est atteint, mais de la perte de la chance qu'il avait d'échapper au risque qu'il a encouru et dont il a été finalement victime. Ce n’est qu’après l'arrêt Hédreul, que la charge de la preuve en matière d'information du patient fut renversée. Après ce revirement de jurisprudence, c'est maintenant au médecin et non plus au patient qu'il incombe en cas de litige d'apporter la preuve qu'il a bien informé ce dernier des risques du traitement ou de l'investigation qu'il lui propose, sachant que cette obligation porte même sur l'existence d'un risque exceptionnel si c'est un risque grave. La preuve pouvant être faite par tous moyens et notamment à défaut d’écrit, pouvant résulter de présomptions.

Toutefois, cette information orale reste insuffisante, il est nécessaire qu’une seconde modalité écrite la suive, donnant le temps de réflexion au patient afin de pouvoir s’y reporter, d’en discuter et d’y réfléchir.

**2. Un document écrit adéquat:**

Certaines directives médicales, par souci de se protéger contre toute revendication ou responsabilité ultérieure, mettent toutes les informations hospitalières, médicales et juridiques requises, rendant les circulaires incompréhensibles voire même illisibles.

Ainsi, après avoir informé verbalement le malade de tous les avantages et de toutes les complications éventuelles, un délai d’assimilation doit être respecté, entre la remise du document et la décision qui doit être prise.

Ces documents doivent:

- D’une part, présenter des informations de façon hiérarchique, de façon à permettre au malade d’être apte de comprendre l’étendue de sa maladie, en commençant par les investigations à faire, en passant par les traitements ou actions de prévention, puis en finissant par les risques fréquents, graves ou prévisibles et même les conséquences prévisibles en cas de refus de soins.

- D’autre part, ces documents doivent présenter l’utilité voire l’urgence de l’action, afin de pouvoir être fixé sur les avantages attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients.

- Et enfin, ils doivent présenter un aperçu global clair, compréhensible pour tous, qui mettra en jeu le pronostic initial.

L’alinéa 3 de l’article 2 de la loi de 2004, dispose qu’un dossier écrit contenant des informations relatives à toute intervention chirurgicale doit être remis au malade, surtout dans l’hypothèse d’une intervention chirurgicale présentant des risques. De plus, il sera accordé au malade un délai de réflexion suffisant en vue de donner son acceptation.

La communication de ces informations, la remise de ce dossier écrit et l’octroi de ce délai de réflexion montrent leur importance mais surtout l’importance donnée au consentement éclairé du patient à la suite de l’information fournie avant tout acte médical.

Ces différents outils reconnus par le législateur, mettent en lumière l’ampleur du risque en cas de défaut de consentement. Par conséquent, ces informations ou documents écrits doivent être rédigés de façon synthétique, avec un langage commun, en laissant la possibilité au patient d’établir des remarques au fur et à mesure de sa lecture.

Ces documents ne doivent en aucun cas être assortis d’une formule incitant le patient à y apposer sa signature, ils doivent porter uniquement sur des éléments généraux et selon la gravité de la maladie, sur des éléments spéciaux.

Or, si la volonté du patient de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit respecter cette décision, après avoir tout mis en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables.

Une concertation avec l’équipe soignante (infirmières, aides-soignantes...) doit aussi être obligatoire, car le plus souvent, elle devient assez proche du malade et de sa famille pour connaître son intime conviction et mieux comprendre sa profonde douleur et peut l’aider dans sa décision sans pour autant l’influencer.

Par ailleurs, en milieu hospitalier, en cas de conflit, il est toujours possible de recourir à la médiation d’une commission responsable des relations patient-services hospitaliers. Il est nécessaire d’en établir une dans chaque établissement de santé public ou privé.

Ainsi, le médecin traitant doit inciter son patient à rédiger des directives anticipées ou à choisir une personne de confiance. Si le malade ne peut plus s’exprimer, le médecin doit mettre en route la procédure collégiale afin de prendre la décision, associant au moins un autre médecin, sans aucune relation hiérarchique avec le premier. En plus de la fonction informative du document écrit, il devient un document de référence, d’information et de soulagement psychologique permettant d’avoir les renseignements sous la main afin de les consulter pour mieux comprendre.

En aucun cas, comme il est de coutume, de donner un document écrit à vocation de traquer le patient an vue de recevoir sa signature comme moyen d’exonération du médecin de toute responsabilité.

Quelle que soit la nature de l’obligation de résultat ou de moyen, quelle que soit la nature de la responsabilité contractuelle ou délictuelle, elle n’exonère en aucun cas le médecin, ni lors de l’information, ni lors du diagnostic, ni lors du traitement et encore moins lors de l’intervention.

La décharge de responsabilité que souvent les hôpitaux se pressent de faire signer au malade ne les exonère en aucun cas de leur responsabilité.

Il est équitable de reconnaître que les magistrats restent souvent perplexes devant les complications techniques et même procédurales dans un procès à l’encontre des médecins. Voilà pourquoi, l’information des malades reste exposée à de nombreuses difficultés et se heurte à de nombreux écueils. Afin de les éviter, des critères d’évaluation sont nécessaires.

**II. La mise en œuvre de critères précis d’évaluation de la qualité de l’information:**

Le Système d'Information Hospitalier couvre l'ensemble des informations utilisées dans un établissement de santé. La performance d’un système d’information dépend de multiples facteurs. Un de ceux-ci est le facteur humain. Quel que soit le rôle de ce service d’information, une évaluation à posteriori doit être faite grâce à des critères de garantie.

**A- Le rôle du Service d’Information Hospitalier**

Le SIH doit être conçu de façon à faciliter l’intégration en temps réel des informations entre l’opérationnel et le décisionnel. Le SIH peut regrouper plusieurs fonctions nécessaires à la gestion des plannings, à la gestion de la paye, la facturation, le suivi budgétaire, mais nous voulons au Liban, une stratégie, une vision d’avenir concernant le SIH au niveau du contenu de l’information même tout en respectant les limites imposées par la protection des données personnelles et garantissant toute dignité humaine.

**1. Le contenu de l’information**

Il s’agit tout d’abord d’élaborer des documents clairs et précis qui assurent et renforcent la qualité de l’information orale déjà donnée.

L’objectif du SIH est de permettre le suivi de l’état d’avancement d’une maladie et d’en évaluer la pertinence des soins dans le cadre d'une démarche qualité de façon exploitable par l’encadrement pouvant être fait afin de faciliter la prise de décision.

La mise en place d’un SIH performant doit être à long terme évolutive et réaliste, car la société et les mœurs sont en mutation permanente, ainsi que les systèmes informatiques.

En 2006, le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) a publié une étude sur l'urbanisation du SIH. En s’inspirant des modèles existants, cette étude doit pouvoir fournir une vision, une méthodologie, mais aussi des outils pratiques de qualité à suivre au Liban.

Depuis 2012, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) a entamé un véritable plan stratégique afin de développer et moderniser les systèmes d'information en hôpitaux. Ce plan est appelé "stratégie hôpital numérique".

Malgré l’existence de plusieurs processus dans l’architecture de tout SIH, seul le processus support, chargé de gérer et de mettre à disposition des informations, permet grâce à des explications mais aussi des ressources, leur compréhension.

A un niveau général, il s’agit d’une gestion partagée des informations du patient, d’un partage de la connaissance mais surtout du partage des informations de vigilance et des fonctions liées à l’administration de l’information de production de soins.

Par ailleurs, le SIH se doit d’assurer une gestion du Dossier Patient Informatisé, unique qui correspond à la somme des informations concernant un patient donné, produites par tous les acteurs de soins, contribuant ainsi à alimenter les outils d’aide à la décision.

On place ainsi concrètement, et loin de toute théorie, le patient au centre du fonctionnement, tant physique que psychologique, loin du dossier patient répondant principalement et uniquement aux différents aspects de la prise de médicaments et analyses effectuées.

**2. Les limites**

Il s’agit d’instaurer le partage des données, afin que les informations concernant le patient puissent suivre leur parcours, au fil du temps et des lieux de prise en charge. Le service d’information hospitalier devient beaucoup plus qu’un service numérique hospitalier. Tout en respectant la loi de 2006 précisant que « L’informatique ne doit porter atteinte, ni à l’identité humaine, ni aux droits de l’Homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ».

Par ailleurs, selon cette loi, chaque traitement automatisé doit faire l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL pour renforcer la sécurité des informations personnelles. Ainsi, la refonte du système hospitalier français a eu un impact direct sur le système d’information hospitalier. Oserons-nous espérer autant ?

De 1982, avec la création du Programme de médicalisation des systèmes d’information (PMSI) à l’introduction des nouvelles technologies, une impulsion nouvelle est donnée au nécessaire échange d’informations entre les différents acteurs de la prise en charge au sein d’un établissement, en dynamisant ainsi la notion d’établissement et de stratégie d’établissement .

Une réforme du mode de fonctionnement devient nécessaire mettant en évidence une bonne gestion médicale grâce à un SIH robuste et efficient possédant des outils d’évaluation.

**B- Les outils d’évaluation:**

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose. Ses croyances doivent être respectées. Son intimité préservée ainsi que sa tranquillité. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent, tout en ayant le droit d’avoir un accès direct aux informations de santé la concernant eu égard au principe reconnaissant au malade d’imposer le respect de sa volonté.

Par conséquent, aucun acte médical ne saurait être effectué sans l’acceptation préalable du malade. Protection assurée par le législateur dans le cas où le malade est présent et pouvant prendre seul une décision éclairée et dans celui où il est représenté par un proche ou une personne de confiance.

Afin de garantir cette qualité de soins, une commission doit être responsable des relations avec les malades et doit veiller, notamment, au respect de leurs droits. Car toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges ou même devant les tribunaux.

Il est évident que pour librement décider, le patient doitêtre clairement renseigné, et comme nous l’avons signaléprécédemment, si le patient a le droit d’êtreinformé, le médecin a le devoir d’informer: une informationtransparente, de qualité, simple mais complète, ce qui signifie une mise à la portée du patient oùl’information doit faire désormais partie de l’acte thérapeutique.

**1- Le critère de qualité**

Bien informer est difficile. L’information doit porter sur le diagnostic, la thérapeutique, les techniques utilisées, le suivi médical et le pronostic. Car le consentement éclairé est indéniablement le corollaire d’information de qualité.

Les recommandations faites par l’Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé en France font allusion à l’évaluation de l’information à trois niveaux.

Au premier niveau, relatif à la satisfaction des patients qui doit être appréciée en fonction de la maladie et son pronostic. Or, en nous mettant dans l’esprit d’une relation paternaliste entre patient et médecin, cette appréciation sera sûrement erronée. Le patient ignorant sera toujours satisfait quel que soit la quantité d’informations données et quel que soit la qualité des documents fournis.

Au second niveau, relatif à l’évaluation des pratiques qui doit être régulière, fondée sur des enquêtes auprès des patients sur le traitement corollaire. L’idéal serait d’établir des critères d’évaluation et de choisir un comité ou une commission nationale qui sera chargée d’effectuer ses enquêtes, afin d’analyser rétrospectivement les dossiers médicaux dans le but de vérifier entre autres, que l’information y figure.

Or, au Liban, le dossier médical bénéficie du même degré de protection que le compte bancaire et là encore, le problème de l’accès au dossier médical pourra faire l’objet d’une autre étude.

Au troisième niveau, relatif à l’évaluation de la qualité des documents écrits selon des enquêtes faites auprès des patients.

Cette évaluation devra porter sur une méthode d’élaboration utilisée qui permettra d’apprécier la compréhension du malade des documents rédigés et sur la pertinence du contenu scientifique de ces documents qui sera appréciée par des comités d’éthique au sein de chaque établissement de santé, public ou privé.

En cas de litige, c’est au médecin qu’il incombe d’apporter la preuve qu’il a donné l’information souhaitable au patient et reçu le consentement de celui-ci.

Le revirement jurisprudentiel à ce sujet, a interpellé en France, les professionnels de santé. Ce renversement de la charge de la preuve est la stricte application de l’article 1315 du Code Civil français qui précise que « celui qui se prétend libéré de son obligation doit prouver le paiement ou le fait qu’il a produit l’extinction de son obligation ».

Pourtant, il est difficile d’apporter la preuve de l’information orale dans le secret de la consultation médicale même si la preuve testimoniale est possible, la preuve peut aussi résulter de présomptions de fait dont l’appréciation est réservée au juge. Seul l’écrit reste la summaprobatio. Le document écrit devient plus qu’utile, nécessaire au conseil du patient, même si souvent le patient signe malgré lui le document écrit, car cette démarche telle que souvent pratiquée et même exigée, provoque la méfiance du patient.

L’établissement d’un Service d’information hospitalier permettra de faciliter une information de qualité en matière de consentement éclairé du patient selon un critère de transparence.

**2- Le critère de transparence:**

S’agissant du deuxième enjeu, en vertu de ce principe de responsabilité, la circulation de l’information du risque engendre un sentiment de panique, de peur collective, qui répond plus à des mobiles affectifs que rationnels.

La transparence dans la communication pose d’importantes difficultés.

Le souci de ne pas créer de panique est évidemment légitime. Toutefois, seule la transparence permet le maintien d’une confiance avec les autorités et les services hospitaliers ainsi que les auxiliaires de santé publique. Mais, le patient ou à défaut de capacité du patient, les proches ou la personne désignée de confiance, doivent avoir accès à des informations même inquiétantes, qui seront dénudées de toutes les formes dégradées de l’information (rumeurs, confusion, propagande...)

Il s’agit d’une démarche de transparence des contenus qui a pour objectif de donner à chacun les moyens d’exercer son libre-arbitre.

La question de transparence est extrêmement complexe. Parce que nos habitudes et même notre éducation préparent peu à peu une très grande confiance vis à vis des professionnels de santé qui, bien sûr, ont le devoir de toujours garder leur distance critique d’appréciation. Une meilleure approche de la gouvernance des maladies et des risques tout en instaurant un débat ou une communication, permettra d'enrichir la réflexion éthique, qui contribuera à l'humaniser et à nous familiariser à des problèmes de société, qu'il est préférable pour chacun de regarder en face, afin de nous éviter de sombrer dans la peur, attitude la plus néfaste au traitement de toute pathologie.

En vertu de ce principe de transparence, selon Hans Jonas, « nous avons bien le droit de risquer notre propre vie, mais pas celle de l'humanité ».

En conclusion, les moyens utilisés actuellement dans les services hospitaliers sont souvent inopérants. Ainsi, l’objectif de ces recommandations à la libanaise reste noble même si le chemin reste difficile. Nous devons subir au Liban ce changement d’une bienfaisance paternaliste à une nouvelle relation de soins qui consiste en l’affirmation et en la prise en considération de l’autonomie du patient comme modalité de l’accompagnement et comme un acte de présence humaine. Car même si l’information est encadrée, elle n’est pas nécessairement clairement définie, puisque, tout en mettant en valeur l’obligation d’information du patient, il serait vain de prétendre pouvoir y satisfaire et protéger la personne en l’absence de toute réflexion éthique.

La confiance prend toute sa place dans ses nouveaux types de relations entre praticien et patient, mais il ne s’agit plus d’une confiance aveugle mais d’une confiance basée sur un consentement éclairé suite à une information claire, loyale et surtout appropriée. Je citerai à cette occasion la déclaration de Porte lors d’un congrès de l’Ordre des Médecins en 1950, mais qui est toujours d’actualité:

« La relation médecin-malade, c’est la rencontre d’une confiance et d’une conscience ».

En conséquence, l’information du patient préalable à son consentement éclairé est une nécessité car:

- informer au Liban: doit être la rencontre indispensable d’une humanité, celle du médecin avec une autre humanité, celle du patient,

- informer au Liban: c’est refuser que le silence n’affecte la liberté et les droits des personnes,

- informer au Liban: Pour que le serment d’Hippocrate ne devienne le serment d’hypocrite.

En définitive, l’opportunité d’envisager le risque sans se laisser obnubiler par la crainte est à notre avis une responsabilité à assurer. Il serait difficilement acceptable qu’une maladie, vienne mettre en péril le principe de solidarité (aussi précaire soit-il) sur lequel le clan familial a bâti la force “de vivre ensemble” pour préparer l’avenir.

Etablir des recommandations, devient vital, sachant qu’elles n’enlèvent rien au fait que les initiatives individuelles constitue un engagement fort et résolu, qu’il conviendrait désormais de rapprocher concrètement des enjeux éthiques humains pour le rendre encore plus accessible et plus opérationnel sur le plan national.

Des recommandations qui n’ont fait l’objet d’aucun débat à ce jour au niveau national, par conséquent,les services hospitaliers se doivent

- d’exiger l’instauration de cadres et textes légaux pour que l’application d’une initiative mal élaborée ne constitue pas encore une fois, une forme de déni du droit de tous,

- de manifester le souci, au delà de toutes les frontières sociales, d’apporter à chacun le droit à la santé et au respect de la vie,

- d’envisager qu’une juridiction ou comité puisse appliquer un certain contrôle, une fois l’urgence passée, des décisions prises pour éviter les abus,

- de prendre en considération l’incorporation des valeurs éthiques substantielles pour guider les décisions où la liberté individuelle, la protection du patient, le devoir de soins, l’équité, la confiance et la solidarité sont établies,

- de s’assurer de l’application des valeurs éthiques procédurales où la raison, l’ouverture, la transparence et la responsabilité sont assurées

- et de mettre en évidence le lien entre objectif poursuivi et efficacité des mesures prises.

C’est donc un nouveau modèle de gouvernance plus participatif, plus éthique, qui doit émerger pour montrer l’efficacité et la légitimité des démarches effectuées à ce jour afin qu’elles soient suivies par une démarche gouvernementale dans l’élaboration et la prise de décision. Il est nécessaire et urgent de promouvoir des comportements associant responsabilité individuelle et solidarité collective dont l’objectif est de revenir à des droits fondamentaux non bafoués et je dirais même plus, à une vie démocratique où l’on aura le courage de tenir un discours qui nous oblige à une réflexion éthique sur l’organisation de notre système de soins, de ses modalités, de ses inégalités, de ses insuffisances et de ses lacunes afin d’éviter une situation de “ sauve qui peut individuel et égoïste ”.

\* \* \*

[[2]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB2) Article 1 alinéa 1.

[[3]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB3) Article 12 alinéa 1.

[[4]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB4) Article 6.

[[5]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB5) RAMEIX S. Du paternalisme des soignants à l’autonomie des patients ? Laënnec 1997 ; p 23 et s.

[[6]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB6) Loi du 7 décembre 1946, telle qu’amendée ultérieurement.

[[7]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB7) Amendée par le ministre de la Santé en 1963.

[[8]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB8) Loi n° 288 du 22 février 1994.

[[9]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB9) Article 27 al. 4 de la loi de 1994 relative au Code de déontologie médicale :” Le médecin doit toujours respecter la volonté du malade et quand ce dernier est hors d’état d’exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus sauf urgence ou impossibilité”.

[[10]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB10) Article 31 de la loi de 1946.

[[11]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB11) Article 4 du NCPC libanais.

[[12]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB12) Loi n°574 du 11 février 2004, publié au J.O n°9 /2004, p. 705.

[[13]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB13) Cour de cassation du 14 octobre 1997, D. 1997, p. 854.

[[14]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB14) La jurisprudence et voire même la doctrine françaises sont souvent citées dans les décisions de justice.

[[15]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB15) Article 44 de code de déontologie médicale libanais.

[[16]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB16) ANAES, Information des patients. Recommandations destinées aux médecins, mars2000; p. 10 et s.

[[17]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB17) HOERNi B. L’information appropriée. Laënnec mars 2000; p 21 et s.

[[18]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB18) SCHAERER R. Liberté du patient confronté à la décision médicale. JALMALV septembre 1996 ; 19.

[[19]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB19) Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[[20]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB20) Attendu principal d’un arrêt de cassation du 29 mai 1951, D., 1952.

[[21]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB21) SARGOS P. L’information du malade, les nuances du droit français. Laënnec mars 2000; p. 12.

[[22]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB22) Appel, arrêt du 15 mai 1963, n°778, R. Judiciaire libanaise, 1963, p. 581.

[[23]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB23) Article 35 du code de déontologie médicale.

[[24]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB24) SCHAERER R. La mort peut elle être annoncée ? JALMALV juin 1994; p 37 et s.

[[25]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB25) VERSPIEREN P. Du problème de la vérité au droit des malades à l’information. Laënnec mars 2000; p 10.

[[26]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB26) Verspieren P. Consentement aux soins, refus de soins. Laënnec juin 1995; p 26 et s..

[[27]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB27) Selon la loi française du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la personne de confiance peut être un parent, un proche, le médecin traitant... La désignation doit se faire par écrit. Elle est révocable à tout moment, même oralement.

[[28]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB28) MARTY F. Le droit du malade à l’information, lecture d’un philosophe. Laënnec mars 2000; p 38..

[[29]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB29) Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

[[30]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB30) Arrêt Hédreul, rendu par la Cour de Cassation le 25 février 1997, D. 1997, I, p.365.

[[31]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB31) Arrêt Castagnet, rendu par la Cour de Cassation le 7 octobre 1998, D. 1999, I, p. 139.

[[32]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB32) Arrêt Guyomar, rendu par la Cour de Cassation le 14 octobre 1997, D, II, p. 286.

[[33]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB33) LEGROS B. L'euthanasie et le droit. État des lieux sur un sujet médiatisé. Les Etudes hospitalières, 2006.

[[34]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB34) Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier, Architecture et urbanisation des systèmes d'information de production de soins,‎ 2006

[[35]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB35) PONçON, G., Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique, éditions de l'École Nationale de la Santé Publique,‎ 2000, p.25

[[36]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB36) L’Agence Technique de l’Information sur l’Hospitalisation (ATIH).

[[37]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB37) DELAHAYE JP., 2ème Congrès de l’Association Franco-Libanaise de pathologiecardiovasculaire, Beyrouth, 30 mai 2001.

[[38]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB38) Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux (LESISS).

[[39]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB39) Le traitement automatisé des informations est réglementé par la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

[[40]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB40) Rapport et recommandations n° 58 du Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé : Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. Cahiers du CCNE 1998; 178, 3-22.

[[41]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB41) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médicosociaux (ANAP), qui a intégré les travaux du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) et de la Mission Nationale d'Appui à l'investissement hospitalier (MAINH)

[[42]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB42) L’article 6 de la loi du 11/2/2004.

[[43]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB43) MINO JC., Révolution médicale, évolution de la relation médecin-malade. Laënnec mars 2001; p 18 et s.

[[44]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB44) PENNEAU M., L’évolution de la jurisprudence en matière d’information. Colloque sur le Consentement éclairé du patient- Orly. 1er avril 2006.

[[45]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB45) Arrêt Hédéracée, cass civ, D, 97, I. p. 638.

[[46]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB46) PENNEAU M., op.cit.

[[47]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB47) ABELHAUSER A. La création du lien de confiance. Laënnec mars 2001; p 20 et s.

[[48]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB48) HOERNI B. L’autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris : Payot 1991.

[[49]](http://data.lebaneselaws.com/Leb_Adel/00_%D8%B3%D9%86%D8%A9%202014/00_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%AF%D8%AF%204/01_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%B1%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%AA/Leb-Adel_10005-2014-4_05.html?val=Leb-AdelAA1" \l "fnB49) RAMEIX S. Un point de vue philosophique sur le rapport du Comité Consultatif Nationald’Ethique : Consentement éclairé et information des patients qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. Cahiers du CCNE 1998 ; 178, 3-22.