



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE
RABAT



Année : 2021

Thèse N° :63

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DANS LA CHIRURGIE DE L'HERNIE INGUINALE THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le: / / 2021

PAR :

Monsieur Yasser BOUCHOUATA

Né le 04 Mai 1995 à Mechra Bel Ksiri

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Consentement éclairé - Hernie inguinale - Fiche d'information

Membres du Jury :

Monsieur Farid SABBAH

Professeur en Chirurgie Générale

Monsieur Abdelmounaim AIT ALI

Professeur en Chirurgie Générale

Monsieur Mohamed Tarik TAJDINE

Professeur en Chirurgie Générale

Monsieur Abderrahmane ELHJOUJI

Professeur en Chirurgie Générale

Présidente

Rapporteur

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ

الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة الآية 31



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen :
Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général
Mr. Mohamed KARRA

*Enseignants Militaires

1. ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - [Clinique Royale](#)
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – [Doyen de la EMPR](#)
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique [Méd. Chef Maternité](#)

des Orangers

Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida

Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV](#)

Rabat

Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale [Doyen de EMPT](#)
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAFFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques [Doyen](#)

de la FMFA

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim

Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale - [Directeur du CHUIS](#)
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique

*Enseignants Militaires

Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*

Pr. BENTAHILA Abdelali

Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae

Pr. LAKHDAR Amina

Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane

Pr. AMRAOUI Mohamed

Pr. BAIDADA Abdelaziz

Pr. BARGACH Samir

Pr. EL MESNAOUI Abbes

Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila

ANDALOUSSI Ahmed

Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia

Pr. SEFIANI Abdelaziz

Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid

Pr. BOULANOUAR Abdelkrim

Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan

Pr. GAOUZI Ahmed

Pr. OUZEDDOUN Naima

Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Pr. BIROUK Nazha

Pr. FELLAT Nadia

Pr. KADDOURI Nouredine

Pr. KOUTANI Abdellatif

Pr. LAHLOU Mohamed Khalid

Pr. MAHRAOUI CHAFIQ

Pr. TOUFIQ Jallal

Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI

Pr. BOUGTAB Abdesslam

Pr. ER RIHANI Hassan

Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*

Pr. AIT OUAMAR Hassan

Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer

Pr. ECHARRAB El Mahjoub

Pr. EL FTOUH Mustapha

Dermatologie

Urologie [Inspecteur du SSM](#)

Pédiatrie

Traumatologie - Orthopédie

Ophtalmologie

Gynécologie Obstétrique

Pédiatrie

Réanimation Médicale

Chirurgie Générale

Gynécologie Obstétrique

Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Générale

Oto-Rhino-Laryngologie Pr. IBEN ATTYA

Urologie

Ophtalmologie

Génétique

Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Néphrologie

Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

Gynécologie-Obstétrique

Neurologie

Cardiologie

Chirurgie Pédiatrique

Urologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Psychiatrie [Directeur Hôp.Ar-razi Salé](#)

Gynécologie Obstétrique

Neurologie [Doyen de la FM Abulcassis](#)

Chirurgie Générale

Oncologie Médicale

Hématologie

Pneumo-phtisiologie

Pédiatrie

Pédiatrie

Pneumo-phtisiologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Pneumo-phtisiologie

*Enseignants Militaires

Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik

Rabat

Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said

(Cheikh Khalifa)

Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim

Acad. Est.

Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*

*Enseignants Militaires

Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - **Directeur Hôp. Cheikh Zaid**
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique **Directeur Hôp. Des Enfants**

Chirurgie Générale
Pédiatrie - **Directeur Hôp. Univ. International**

Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique **V-D chargé Aff**

Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie

Pr. BAMOU Youssef*
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. CHOHO Abdelkrim*
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. SIAH Samir*
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif*
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed

*Enseignants Militaires

Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Rhumatologie **Directeur Hôp. Al Ayachi Salé**
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biophysique
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire

Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Ibn Sina Marr.

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual*
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain*

*Enseignants Militaires

Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. **Directeur Hôpital**

Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie

Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHER Ali*
 Pr. AGADR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna*
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha*
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*

*Enseignants Militaires

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Biochimie-chimie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie **Directeur Hôp.des Spécialités**
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne **Directeur ERSSM**
 Physiologie
 Microbiologie

Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI
 Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI NIZARE
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JAOUDI Rachid*

*Enseignants Militaires

Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Traumatologie-orthopédie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique

Pharmacologie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie-Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique et Bromatologie
 Traumatologie orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation

Radiologie
 Neuro-chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie

Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERREGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryem
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBABJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUY Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr. BENCHAKROUN Mohammed*
 Pr. BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss*
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*
 Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale*
 Pr. HERRAK Laila
 Pr. JEAIDI Anass*
 Pr. KOUACH Jaouad*
 Pr. MAKRAM Sanaa*
 Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar

*Enseignants Militaires

Pédiatrie
 Anatomie Pathologique
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique **Vice-Doyen à la Pharmacie**
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Hématologie Biologique
 Gynécologie-Obstétrique
 Pharmacologie
 CCV

Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham*
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*

*Enseignants Militaires

Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

Dermatologie
Rhumatologie

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Chirurgie Générale
Immunologie

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne

Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*
Pr. BOUZELMAT HICHAM*
Pr. BOUKHRIS JALAL*
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*
Pr. CHAHDI HAFSA*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*
Pr. DAMIRI AMAL*
Pr. DOGHMI NAWFAL*
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR
Pr. EL ANNAZ HICHAM*
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*
Pr. EL KAOUI HAKIM*
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*
Pr. EN-NAFAA ISSAM*
Pr. HAMAMA JALAL*
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*
Pr. HJIRA NAOUFAL*
Pr. JIRA MOHAMED*
Pr. JNIE NE ASMAA
Pr. LARAQUI HICHAM*
Pr. MAHFOUD TARIK*
Pr. MEZIANE MOHAMMED*
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*
Pr. MOUZARI YASSINE*
Pr. NAOUI HAFIDA*
Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
Pr. SAOUAB RACHIDA*
Pr. SBITTI YASSIR*
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD*

*Enseignants Militaires

Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-Réanimation
Pharmacie-Galénique
Virologie
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
O.R.L
Dermatologie
Médecine interne
Physiologie
Chirurgie-Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

2. ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Mohammed	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 05/03/2021

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR

*Enseignants Militaires



DEDICACES

*Je remercie dieu le tout puissant et le
miséricordieux de m'avoir donné la foi, la
force et la patience pour aller jusqu'au
bout de ce travail.*

Je dédie cette thèse:

A MES TRES CHERS PARENTS,

Qui m'ont apporté tout l'amour possible et qui n'ont reculé devant rien pour que j'atteigne mes objectifs et que ce travail voit le jour. Je vous dédie ce travail en gage de mon amour sans bornes, de ma profonde affection, de ma grande considération et de mon éternelle reconnaissance. Puisse Dieu le tout puissant, vous procurer santé, bonheur et longue vie.

***A MES DEUX SOEURS MON FRERE ET SON
EPOUSE,***

Merci pour tous ce que vous avez fait pour moi. Qu'ALLAH vous protège.

A MES GRANDS PARENTS

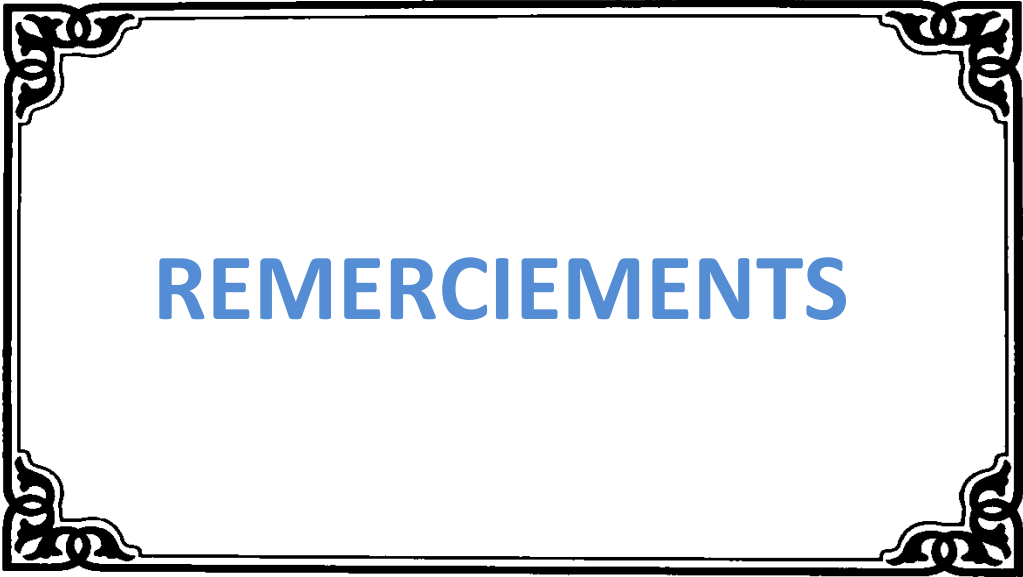
Vous m'avez toujours témoigné votre affection et attachement. Que ce travail soit le témoignage de l'estime et l'expression de mon sincère amour.

A MES ONCLES ET MES TANTES.

Vous m'avez toujours témoigné votre affection et attachement. Que ce travail soit le témoignage de l'estime que j'ai pour vous Et l'expression de mon sincère amour.

A MES CHERS AMIS,

Je vous dédie ce travail en guise de mon solide attachement. Puisse Dieu vous combler de bonheur et de réussite.



REMERCIEMENTS

A notre maitre et président de thèse

Monsieur le Professeur Farid SABBAH

Professeur en chirurgie générale.

Vous nous avez fait un très grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Nous vous prions d'accepter l'expression de notre plus profond respect et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et Rapporteur de thèse.

Monsieur le Professeur Abdelmounaim AIT ALI

Professeur en Chirurgie Générale.

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'accepter de diriger et d'encadrer ce travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos conseils précieux et votre soutien pendant la réalisation de cette thèse. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus profond respect.

A notre maître et juge de thèse.

Monsieur le Professeur Mohamed Tarik TAJDINE

Professeur en chirurgie générale.

Veillez accepter Professeur, nos vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant d'être parmi le jury de notre thèse. Veuillez recevoir, Professeur, l'assurance de notre considération distinguée.

A notre maître et juge de thèse.

Monsieur le Professeur Abderrahmane ELHJOUJI

Professeur en Chirurgie Générale

Votre présence parmi les membres du jury nous honore. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de juger notre thèse. Soyez assuré de l'expression de notre profond respect



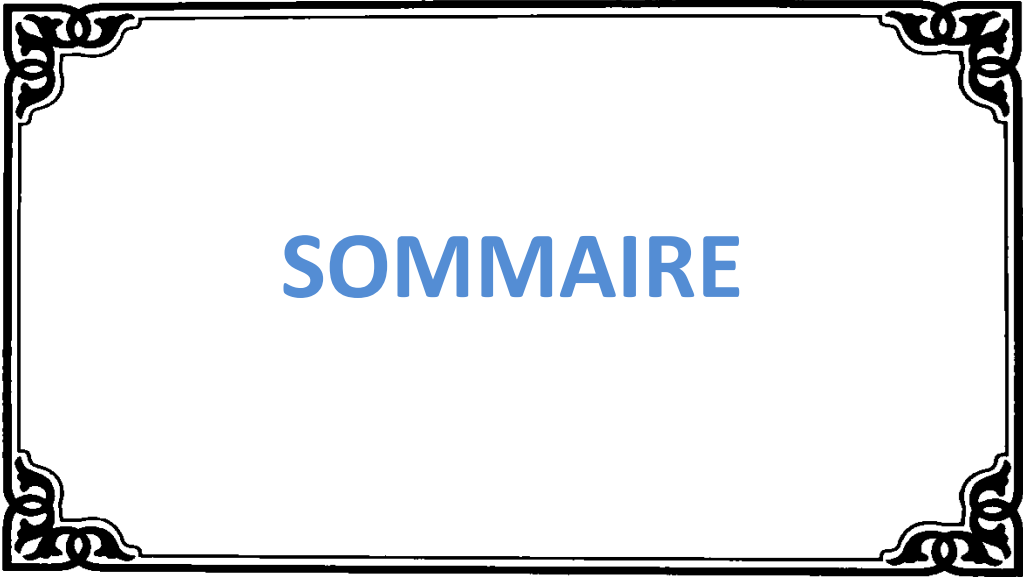
LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1: Hernie inguinale (a) et Hernie fémorale (b) (kamina anatomie tome 3)	6
Figure 2 : Paroi postérieure de la région inguinale vue antérieure sans le muscle oblique externe (kamina anatomie tome 3)	8
Figure 3: Technique de Shouldice : Surjets sur 3 plans	17
Figure 4: Technique de Lichtenstein.....	18

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau de correspondance	5
Tableau 2: Comparaison des différents modèles de relation médecin - patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992).....	51



SOMMAIRE

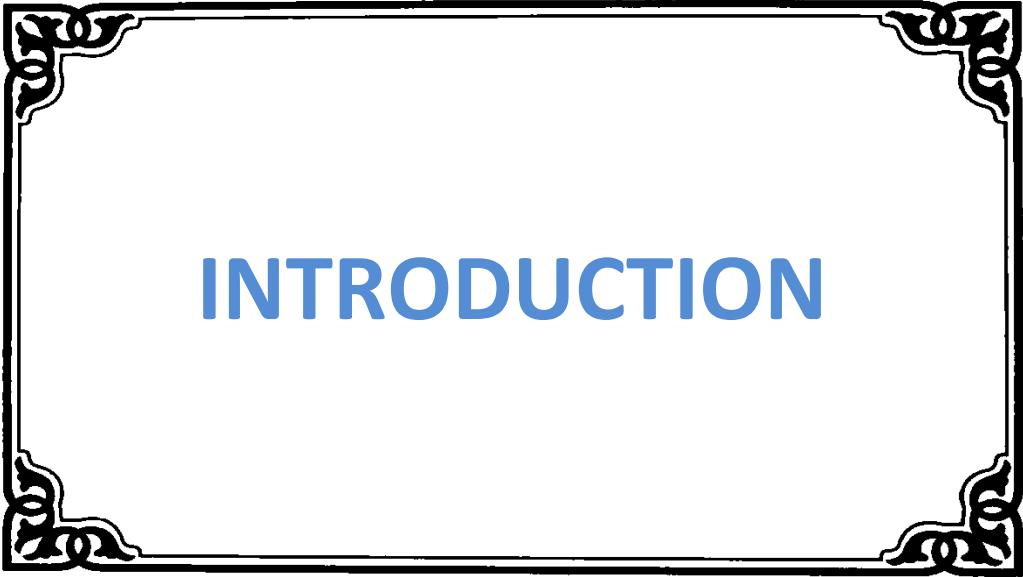
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : LA CHIRURGIE DE L’HERNIE INGUINALE	4
I. Rappels anatomiques de la région inguinale	5
1. Les orifices.....	5
2. Les parois	6
3. Le contenu.....	7
II. ETIOPATHOGENIE.....	8
1. Evolution normale du canal péritonéo-vaginal	8
2. Persistance anormale du canal péritonéo-vaginal	9
3. Facteurs favorisant des hernies inguinales	9
3.1. Les facteurs pariétaux.....	9
3.2. L’augmentation de la pression intra-abdominale	10
III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	10
1. La hernie oblique externe ou hernie indirecte.....	10
2. La hernie directe	10
3. La hernie associée ou mixte.....	10
IV. CLASSIFICATION DES HERNIES INGUINALES.....	11
V. Epidémiologie.....	11
VI. Les Modalités de Diagnostic	11
VII. Evolution naturelle d’une hernie inguinale non opérée	12
VIII. Démarche thérapeutique	13
1. Bilan pré thérapeutique	13
2. Traitement médical	13
1. Traitement chirurgical.....	14
1.1. Types d’anesthésie	14
1.2. Techniques chirurgicales.....	15
1.2.1. La dissection herniaire	15
1.2.2. La réparation de la paroi	15
1.2.2.1. Technique avec tension (Herniorraphie).....	16

1.2.2.2. Technique sans tension (renfort prothétique)	17
2. Indications.....	19
2.1. Choix de l'anesthésie	19
2.2. Options thérapeutiques pour les patients symptomatiques et asymptomatiques ...	20
2.3. Choix du procédé de l'herniorraphie	20
2.4. Choix entre herniorraphie et prothèse	21
2.5. Choix entre voies antérieure et postérieure	21
2.6. Choix entre chirurgie conventionnelle et Laparoscopique.....	22
II. Risque opératoire	23
1. Risque anesthésique	23
1.1. Accès aux voies aériennes supérieures : Dépistage de l'intubation difficile	24
1.2. Prédiction du risque allergique.....	25
2. Risque lié à l'acte opératoire (voir Complication).....	26
3. Déterminants du risque opératoire	26
3.1. Rôle de la pathologie cardiaque	27
3.2. Risques liés à l'âge	28
3.3. L'hypertension artérielle	29
3.4. Obésité	29
3.5. Autres facteurs.....	30
III. Complications.....	31
1. Complications peropératoires	31
1.1. Les hémorragies	32
1.2. Lésions viscérales et vasculo nerveuses.....	32
1.2.1. Les lésions du cordon spermatique.....	32
1.2.2. Les plaies du canal déférent.....	33
1.2.3. Les lésions nerveuses.....	33
1.3. Les lésions viscérales	34
1.3.1. La vessie	34
1.3.2. Les intestins	34
1.3.3. L'uretère	34

1.3.4. L'appendice	35
1.3.5. Péritoine.....	35
1.4. Conversion chirurgicale	35
2. Incidents opératoires Propre à la voie Laparoscopique	35
3. Suites post opératoires	36
3.1. Suites post opératoires immédiates	37
3.1.1. Serome	37
3.1.2. Hématome.....	37
3.1.3. Infection du site opératoire	37
3.1.4. Autres complications	38
3.1.4.1. Hydrocèle/Hématocèle.....	38
3.1.4.2. Occlusion/péritonite	38
3.1.4.3. Douleur	39
3.1.5. Durée de l'hospitalisation :.....	39
3.2. Suites post opératoires sur moyen et long terme :.....	40
3.2.1. Récidive	40
3.2.2. Complications urologiques et sexuelles	41
1.1.1. Retour au travail	41
1.1.2. Mortalité	41
CHAPITRE 2 : INFORAMTION ET CONSENTEMENT	42
I. Approche philosophique et éthique.....	43
1. L'approche philosophique	43
2. Le principe de dignité	43
II. Relation médecin malade.....	44
1. De nouveaux statuts pour le patient	45
1.1. Le Patient Sachant	45
1.2. Le Patient expert.....	45
1.3. Le Patient consommateur de soin.....	46
1.4. Le Patient procédurier : les conflits dans la relation de soin :.....	47

2. Modèles de relation Médecin-malade :	47
2.1. Le modèle Paternaliste	48
2.2. Le modèle informatif	49
2.3. Le modèle interprétatif	49
2.4. Le modèle délibératif	50
3. Particularités de la relation chirurgien-malade	51
3.1. La relation médecin-malade au second plan	51
3.2. La place du patient au service de chirurgie	52
4. Du Paternalisme à la décision médicale partagée	52
4.1. La naissance de la décision médicale partagée	53
4.2. Définition de la décision médicale partagée	53
4.3. Implication de la décision médicale partagée	54
4.4. Effets d'une mauvaise communication médecin patient	55
III. L'information du malade	57
1. Le droit à l'information	57
2. Les modalités de l'information	57
2.1. Les qualités de l'information	57
2.2. Les facteurs de l'information	58
2.3. Les véhicules de l'information :	58
3. Le contenu de l'information	59
IV. Le Droit au consentement	59
1. L'acceptation des soins	60
2. L'accord est la règle	60
3. Les exceptions au principe du consentement et d'information.	61
3.1. L'urgence.	61
3.2. La volonté du patient	62
4. Le statut des patients particuliers	63
4.1. Le Mineur	63
4.2. Le Malade mental	64
4.3. Le cas du patient hors d'état d'exprimer sa volonté	65

4.3.1. La procédure collégiale et le Code de déontologie médicale	65
4.3.2. La personne de confiance	66
4.3.3. Les directives anticipées	67
4.4. Les patients prisonniers	68
CHAPITRE 3 : CONSENTEMENT POUR LA CHIRURGIE DE L'HERNIE	
INGUINALE.....	69
I. Qui doit informer ?.....	70
II. Qui doit-on informer ?	70
III. Evaluer la capacité à consentir	70
IV. Obtenir le consentement éclairé	71
1. Informations à donner	72
2. Obligation de Conseil	74
3. Garder une trace du consentement.....	75
4. Sanctions et notion de « perte de chance »	77
5. Le refus de soins	79
5.1. Validité du refus et autonomie	80
5.2. Gérer le refus de soins	81
6. Exceptions et cas spécifiques d'abstention de l'information.....	82
V. La brochure/fiche d'information	82
FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	84
ANNEXE	100
CONCLUSION.....	103
RESUMES.....	105
LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	109



INTRODUCTION

Depuis l'Antiquité, les relations entre patients et médecins ont été dominées par le principe hippocratique de bienfaisance, selon lequel le médecin considère en premier lieu le bien et l'intérêt du malade [1]. Il en résulte une certaine «autorité morale» du médecin, qui a le droit de taire certaines informations qu'il juge potentiellement délétères pour son patient. Ce modèle traditionnel a été bousculé récemment [2] par le principe d'autonomie, issu de l'Association médicale américaine (1847) et des principes du code de Nuremberg (1947) encadrant la recherche médicale. L'autonomie du patient signifie que ce dernier agit de manière volontaire et indépendante, sans contrainte extérieure. [3] La conséquence directe de ce principe est le consentement préalable libre et éclairé du patient à tout acte médical ou chirurgical.

Néanmoins, il ne peut y avoir de consentement libre et éclairé sans information complète et objective de la part du médecin. Si, dans d'autres pays, la loi reconnaît aux patients le droit d'être clairement et totalement informés et celui d'accepter ou de refuser les examens ou les traitements qui leur sont proposés, au Maroc les textes de loi n'ont pas été modifiés et l'article 31 du code de déontologie (B.O N° 19 juin 1953, p. 828) stipule qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade et qu'un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais qu'il doit l'être généralement à la famille.

Au Maroc, la relation médecin malade est le plus souvent de type paternaliste, le médecin imposant au malade, parfois sans explication, la conduite diagnostique et thérapeutique qu'il considère la meilleure. Les mots "prescription" et "ordonnance" traduisent parfaitement ce pouvoir du médecin tout puissant.

Cette relation, profondément inégale, hiérarchique se transforme, essentiellement dans le secteur privé, pour être remplacée par un modèle plus égalitaire. En effet, dans ce secteur où les soins sont payants, les malades exigent, de plus en plus, une meilleure prise en charge médicale avec davantage d'informations, d'explications et de communication.

D'autre part, le développement de l'information médicale, via internet, la multiplicité des émissions médicales télévisées captées par satellite, les émissions santé sur les différentes chaînes de radio et les magazines santé de presse écrite contribuent au déclin du modèle

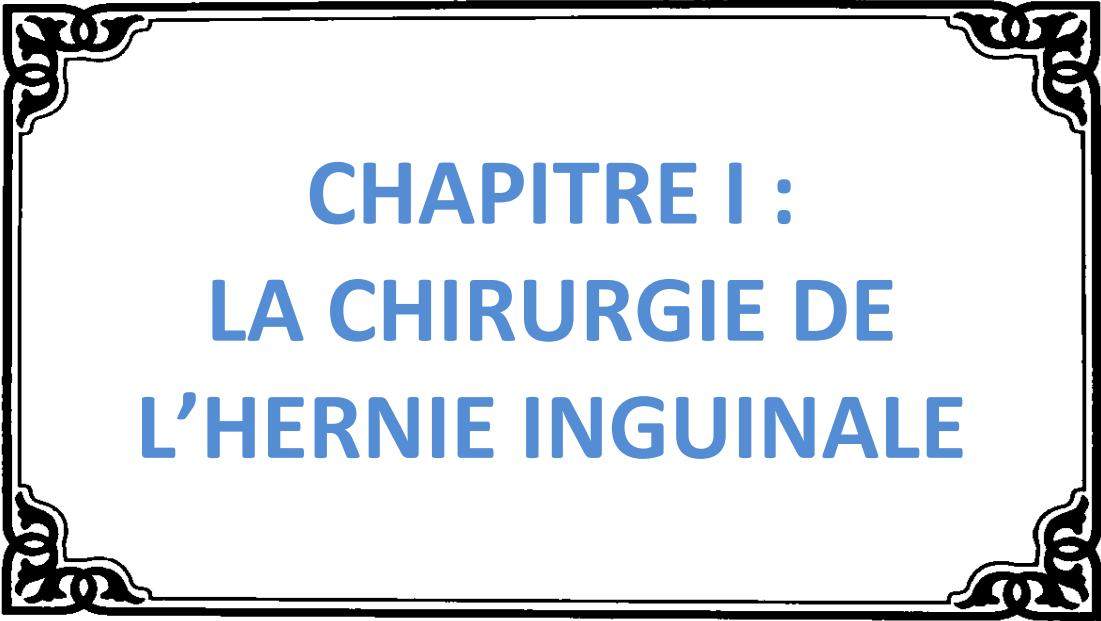
paternaliste. Les malades étant de plus en plus informés, les médecins sont contraints de mieux communiquer pour fidéliser leur clientèle.

La cure de la hernie inguinale fait partie des interventions les plus bénignes et simples grâce à une connaissance parfaite de l'anatomie de la région de l'aine et l'évolution des techniques chirurgicales et des procédés thérapeutiques. Or, comme toute chirurgie, elle comporte des risques liés à l'anesthésie et à l'acte opératoire qui peuvent être mortels surtout chez des patients avec plusieurs comorbidités.

Comme en toute chirurgie ou en médecine, en chirurgie de l'hernie inguinale, les patients doivent être informés des risques et bénéfices liés à l'intervention qu'ils vont subir, afin de prendre une décision éclairée. [4]

Traditionnellement dans nos hôpitaux marocains, le chirurgien informe son patient par oral, lors de la consultation préopératoire. La littérature montre toutefois qu'il existe une grande variabilité en ce qui concerne le type et le contenu de l'information donnée aux patients.[5] Par ailleurs, la compréhension de l'information par le patient varie significativement selon le niveau d'éducation, les aspects linguistiques et culturels, l'âge, l'émotivité ainsi que les circonstances dans lesquelles l'information est donnée.[6,7] La perspective de se faire opérer, la peur de souffrir ou de mourir, et l'idée de devoir rester à l'hôpital peuvent engendrer stress et anxiété.[8-11]

Ce travail a comme objectif d'établir une fiche d'information et de consentement adaptée au contexte marocain, afin de garantir au patient une information loyale, claire et appropriée alignée avec les dernières données acquises de la science.



CHAPITRE I : LA CHIRURGIE DE L'HERNIE INGUINALE

I. Rappels anatomiques de la région inguinale

ROUVIERE [12] donne le nom de canal inguinal à l'espace occupé par le cordon spermatique - ou ligament rond - au milieu des plans fibro-musculaires de la région inguino-abdominale. En réalité, précise-t-il, le cordon s'insinue et chemine dans l'épaisseur de la paroi comme un faisceau vasculo-nerveux ordinaire.

Tableau 1 : Tableau de correspondance

<i>Nomenclature Internationale</i>	<i>Ancienne Nomenclature</i>
Ligament inguinal	Arcade crurale
Ligament pectiné	Ligament de Cooper
Ligament lacunaire	Ligament de Gimbernat
Faux inguinale	Tendon conjoint
Ligament interfovéolaire	Bandelettes de Hesselbach
Fibres intercrurales	Fibres Arciformes de Nicaise
Muscle oblique externe	Grand oblique
Muscle oblique interne	Petit oblique
Nerf ilio-inguinal	Nerf grand abdomino-génital
Nerf ilio-hypogastrique	Nerf petit abdomino-génital
Nerf génito-fémoral	Nerf génito-crural

Il présente à décrire, 2 orifices et 4 parois:

1. Les orifices

–L'orifice externe ou anneau inguinal superficiel est situé au-dessus de la portion du pubis comprise entre l'épine et l'angle. Il est limité par 3 piliers, insertions pubiennes des muscles grands obliques: le pilier externe, le pilier interne et le pilier postérieur ou ligament de Colles.

–L'orifice interne ou anneau inguinal profond répond à la fossette inguinale externe, l'une des fossettes inguinales limitées entre elles par l'artère épigastrique, l'artère ombilicale et l'ouraque. Le péritoine enlevé, cet orifice est marqué par une évagination du Fascia Transversalis qui se prolonge dans le canal inguinal. Cet orifice est situé un peu au-dessus et un peu en dedans du milieu de l'arcade crurale.

Chez le jeune enfant, il y a superposition des deux orifices.

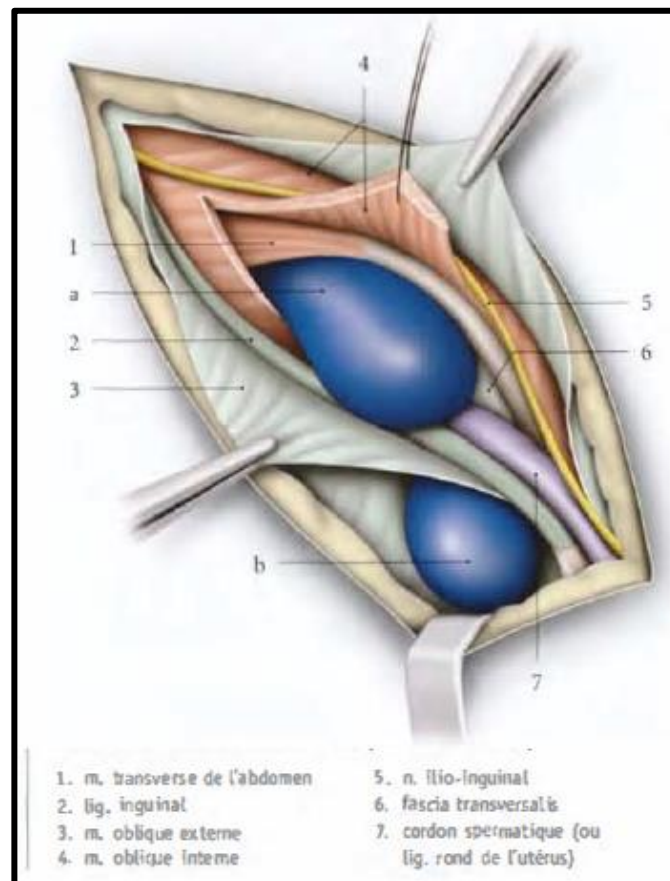


Figure 1: Hernie inguinale (a) et Hernie fémorale (b) (*kamina anatomie tome 3*)

2. Les parois

- La paroi antérieure est constituée par l'aponévrose du grand oblique.
- La paroi inférieure est formée par la gouttière de l'arcade crurale.
- La paroi supérieure répond aux faisceaux du petit oblique et du transverse qui passent

en sautoir au-dessus du cordon ou ligament rond pour prendre part ensuite à la constitution de la paroi postérieure par une lame musculo-tendineuse commune: le tendon conjoint.

–La paroi postérieure est formée par le tendon conjoint et le fascia transversalis. Celui-ci est renforcé en dedans par le ligament de Henle, en dehors par le ligament de Hasselbach et en bas par la bandelette ilio-pubienne. Entre le ligament de Hasselbach en dehors, le tendon conjoint en dedans et la bandelette ilio-pubienne en bas, la paroi postérieure est réduite au seul fascia transversalis: c'est le point faible de la paroi qui répond à la fossette inguinale moyenne et explique les hernies directes de l'adulte. (La hernie inguinale de l'enfant, elle, emprunte classiquement l'orifice inguinal profond, répondant à la fossette inguinale externe et siégeant au milieu des éléments du cordon).

3. Le contenu

Le canal inguinal contient le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme.

Le cordon spermatique est formé par le pédicule vasculaire du testicule entourant le canal déférent. On y distingue:

- une enveloppe fibreuse, prolongement du fascia transversalis
- une partie antérieure formée par:
 - les veines antérieures du cordon
 - l'artère spermatique
- une partie postérieure comprenant:
 - le canal déférent
 - les artères déférentielles
 - les veines postérieures du cordon.

Le ligament rond est entouré, pendant son trajet dans le canal inguinal, par une masse graisseuse qui le masque. A sa sortie du canal, il s'éparpille en un pinceau tendineux qui se termine dans le mont de Venus et la grande lèvre.

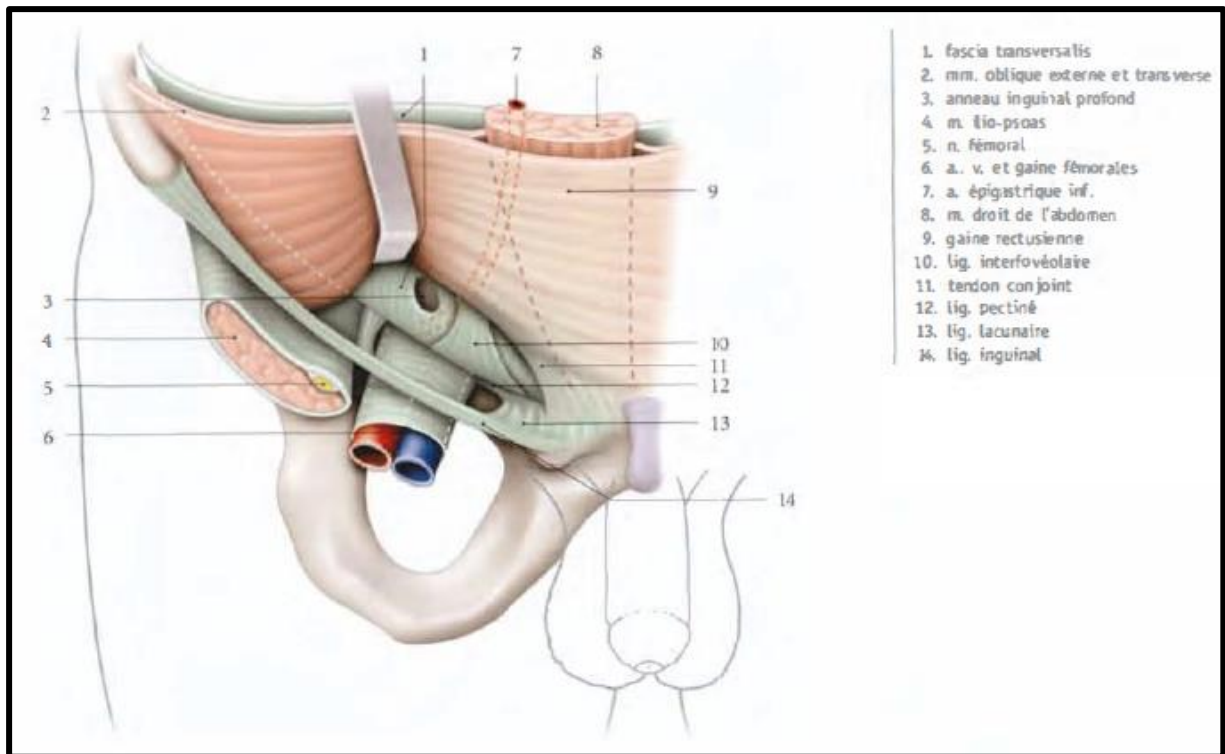


Figure 2 : Paroi postérieure de la région inguinale vue antérieure sans le muscle oblique externe
(kamina anatomie tome 3)

II. ETIOPATHOGENIE

Prolongement de la cavité abdominale, le canal péritonéo-vaginal accompagne, chez le fœtus, le ligament inguinal qui relie les éminences génitales, en situation lombaire, à la région inguinale.

1. Evolution normale du canal péritonéo-vaginal (CPV)

Chez le garçon, le canal péritonéo-vaginal accompagne le testicule lors de sa migration, de sa position lombaire initiale, jusqu'au scrotum où l'attire le ligament inguinal ou gubernaculum testis. Quand le testicule a atteint sa position scrotale définitive, vers la fin du huitième mois, le canal péritonéo-vaginal s'oblitére et se résorbe peu avant la naissance ou après, laissant un tractus fibreux, le ligament de Cloquet, situé au milieu des éléments du cordon. La partie distale de ce canal persiste, formant la vaginale autour du testicule [13].

Chez la fille, l'ovaire et la trompe, descendant dans la cavité pelvienne, entraînent avec eux la partie haute du ligament inguinal qui deviendra le ligament rond. Le canal, dit canal de Nüick, est court et s'oblitére plus précocement, vers le quatrième mois de la vie intra-utérine.

2. Persistance anormale du canal péritonéo-vaginal (CPV)

Un canal péritonéo-vaginal totalement perméable conduira à :

- une hernie inguino-scrotale
- une hydrocèle communicante
- chez la fille, une hernie inguinale pouvant contenir l'ovaire

Un canal péritonéo-vaginal partiellement perméable provoque selon le niveau d'obstruction :

- une hernie inguinale
- un kyste du cordon (ou du canal de Nüick, chez la fille)
- une hydrocèle non communicante.

3. Facteurs favorisant des hernies inguinales

3.1. Les facteurs pariétaux

Selon certains auteurs, la hernie inguinale est très fréquente chez les prématurés. MELONE [14] trouve 9,6% de prématurés chez les enfants ayant une hernie inguinale. Le canal péritonéo-vaginal, normalement présent avant neuf mois de vie intra-utérine, constitue dans ce cas une brèche qui traverse la paroi.

UDEN et Coll. [15] pensent que la hernie inguinale est, chez l'enfant, le signe d'un désordre généralisé du tissu conjonctif. Ce qui favoriserait la persistance du canal péritonéo-vaginal.

3.2. L'augmentation de la pression intra-abdominale

Les affections respiratoires tussigènes et/ou dyspnéisantes, la constipation et l'ascite participent à l'extériorisation des hernies jusque-là muettes et à la persistance et/ou l'aggravation des hernies préexistantes en augmentant la pression intra-abdominale [226,227].

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les hernies inguinales sont situées au niveau du canal inguinal.

On distingue plusieurs variétés anatomiques de hernies inguinales:

1. La hernie oblique externe ou hernie indirecte

C'est une hernie congénitale liée le plus souvent à un défaut de fermeture du canal peritonéo-vaginal qui permet la migration du testicule vers le scrotum. Il est à l'origine des hernies du sujet jeune. Elle a un trajet oblique suivant le cordon, son collet est en situation externe en dehors des vaisseaux épigastriques [16]. Si le contenu du sac descend jusqu'au niveau des bourses, la hernie s'appellera hernie inguino-scrotale.

2. La hernie directe

C'est une hernie acquise due à la déhiscence de la paroi abdominale à la hauteur du fascia transversalis et qui survient plus fréquemment chez le sujet âgé [16]. Toutes situations d'effort à glotte fermée où la paroi résiste au diaphragme en jouant le rôle de corset augmentent le conflit entre les zones de faiblesse de la paroi et l'hyperpression intra-abdominale [17]. Les situations d'hyperpression intra-abdominale sont surtout obésité, toux chronique, vomissement, ascite, constipation, dysurie, effort de soulèvement...

La hernie directe est située en dedans du pédicule épigastrique et est indépendante du cordon.

3. La hernie associée ou mixte

C'est une hernie constituée par l'implication de plusieurs mécanismes de faiblesse pariétale entraînant simultanément une hernie bilatérale, une hernie inguinale directe et indirecte ou une hernie inguinale et crurale. [17]

IV. CLASSIFICATION DES HERNIES INGUINALES

Le but des classifications est de définir en peropératoire le type d'hernie inguinale rencontré, ce qui va permettre de comparer les résultats des différents traitements par la suite, et ainsi proposer, le meilleur choix thérapeutique pour un type particulier de hernie.

Classification de Nyhus : [18] : prend en compte la taille de l'orifice inguinal et l'intégrité ou la défaillance de la paroi postérieure du canal inguinal. Cette classification est utilisée par la majorité des chirurgiens. Elle est pratique car elle classe le type de hernie rencontré en peropératoire. Elle individualise quatre types :

- Type I: hernie indirecte avec orifice inguinal profond normal
- Type II : hernie indirecte avec orifice inguinal profond élargi mais plancher inguinal normal
- Type III : hernie avec plancher inguinal faible.
 - IIIa: hernie directe.
 - IIIb: hernie directe et hernie secondairement indirecte.
 - IIIc: hernie fémorale.
- Type IV : hernie récidivée (directe, indirecte, mixte, fémorale).

V. Epidémiologie

La hernie inguinale représente la 2ème pathologie en chirurgie digestive, elle atteint 36 hommes sur 1 000 ; avec un âge moyen compris entre 50 et 69 ans. Elle touche l'homme actif dans 60 % des cas [19,20]

VI. Les Modalités de Diagnostic

Une hernie inguinale peut être asymptomatique. Il se manifeste généralement par une tuméfaction de la région inguinale souvent absente le matin au réveil et apparaissant à la station debout prolongée. Cette tuméfaction peut descendre dans la bourse homolatérale en cas de hernie oblique externe. La hernie est souvent responsable de douleurs ou plutôt d'une

gêne à type de pesanteur de la région inguinale qui apparaît ou augmente lors des efforts ou de la toux.

Le diagnostic de la hernie inguinale est essentiellement clinique. L'anamnèse et l'examen clinique sont généralement tout ce qui est requis pour confirmer le diagnostic d'une hernie inguinale cliniquement évidente, avec une sensibilité de 74,5% et une spécificité de 96,3% [21].

L'imagerie peut être nécessaire s'il y a une tuméfaction inguinale vague et une incertitude diagnostique, une mauvaise localisation de la tuméfaction, une tuméfaction intermittente non présente au moment de l'examen physique et d'autres douleurs inguinales sans tuméfaction. Ces hernies difficiles à diagnostiquer peuvent être évaluées avec une échographie [22–26].

Lorsque l'échographie de l'aïne est négative, une IRM dynamique, une TDM dynamique et même une herniographie peuvent être envisagées afin d'établir un diagnostic [27].

VII. Evolution naturelle d'une hernie inguinale non opérée

Il n'est possible de connaître l'évolution naturelle des hernies inguinales que chez les patients qui viennent consulter. Il y a cependant un autre groupe de patients : certains ne consultent pas, qu'ils aient ou non des symptômes, et d'autres ne sont pas adressés à un chirurgien par leur médecin habituel [28]. Il est quasiment impossible de connaître l'évolution de ces patients probablement nombreux.

Dans une population de patients consultant pour une intervention, 34 % n'avaient aucune douleur [29] ; mais plus la hernie était ancienne, plus l'incidence de la douleur était grande, atteignant 90 % à dix ans. La douleur avait cependant une influence modeste sur la vie professionnelle (13 %) et les loisirs (29 %) [28]. On peut donc penser que toutes les hernies inguinales deviennent un jour gênantes par la douleur qu'elles provoquent, même si celle-ci est peu invalidante. Le risque d'irréductibilité d'une hernie inguinale augmente avec sa durée d'évolution et atteint 30 % à dix ans [28]. Le risque d'étranglement peut être apprécié par le taux d'interventions en urgence, qui représentent 1 à 5 % des interventions [28, 30,31]. Ce risque augmente avec la durée d'évolution ; il atteint 4,5 % à 24 mois et 8,6 %

à cinq ans [31], avec un risque de résection intestinale de 5 à 10 % [28,31].

Il faut aussi noter dans une grande série que l'étranglement était révélateur de la hernie pour un tiers des patients et que la cure avait été refusée à cause de l'état général chez un autre tiers [31].

Les hernies directes sont moins souvent douloureuses que les indirectes [31] et se compliquent moins souvent. Elles représentent 22 à 35 % des hernies opérées électivement [32,33], mais moins de 3 % des hernies opérées en urgence [34]. Ces constatations n'auraient d'intérêt que s'il était possible de distinguer les hernies directes et indirectes. Or l'examen préopératoire ne permet de faire correctement le diagnostic du type de la hernie que dans 73 % des cas [35]. Il semble aussi que les hernies récidivées aient un risque d'étranglement plus élevé [28,31]. Le fait d'être en attente d'intervention n'augmente pas ce risque [31]. Il n'est donc pas possible de prédire si une hernie va se compliquer ni quand elle va le faire.

VIII. Démarche thérapeutique

1. Bilan pré thérapeutique

Il n'existe pas de Bilan préopératoire standard, il doit être adapté au cours de la consultation pré anesthésique à l'état de chaque patient ; [36]

2. Traitement médical

Le but du traitement médical dans la chirurgie de l'hernie inguinale est de lutter contre la douleur postopératoire, de prévenir les accidents thromboemboliques imputables à la chirurgie en général et d'éviter et/ou traiter les complications post opératoire comme l'infection.

—Les antalgiques : lors des premières 24 heures, l'analgésie est procurée par des antalgiques per os ou par voie parentérale, quelquefois associés à un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).

–les anticoagulants : non systématiques, ils sont indiqués chez les sujets aux antécédents thromboemboliques, variqueux ou sous contraception orale pour prévenir les accidents thromboemboliques.

–Antibiothérapie : non systématique, l'Antibiothérapie sélective concerne surtout les chirurgies avec un grand risque septique, à l'occasion d'une réparation utilisant une prothèse, ou chez les porteurs de valve cardiaque artificielle ou de prothèse articulaire, il est préférable d'utiliser une monothérapie antibiotique en flash préopératoire (céphalosporine ou vancomycine). Les incidents septiques per-opératoires (plaie du tube digestif) imposent une antibiothérapie postopératoire à large spectre active sur les Grams négatifs et les anaérobies [37,38,39].

3. Traitement chirurgical

Buts du traitement :

- Réparation pariétale.
- Soins des lésions associées et des complications.
- Eviter les récidives.

3.1. Types d'anesthésie

Les hernies peuvent être opérées sous anesthésie générale, locorégionale (Rachianesthésie/péridurale) ou locale [40].

L'anesthésie générale : pour chirurgie herniaire ne présente aucune spécificité. Elle comporte certaines contraintes du fait de la nécessité d'observer 6h de jeun avant l'acte chirurgical et de l'intubation orotrachéale ; de nombreux incidents postopératoires lui ont été imputés à savoir : nausées, vomissements, iléus postopératoire, complications respiratoires, rétention d'urine...

La rachianesthésie : offre de nombreux avantages, dont un excellent relâchement musculaire. Il existe également une diminution significative du saignement peropératoire, de même, sous rachianesthésie comme sous anesthésie péridurale, on note une réduction

significative de l'incidence des thromboses veineuses profondes et du risque d'embolie pulmonaire. Elle a l'inconvénient de favoriser la survenue de rétention d'urines, complication particulièrement fréquente après cure de hernie inguinale. La pratique de rachianesthésie de courte durée d'action pourrait permettre de limiter cet inconvénient.

L'anesthésie locale (blocs du plexus lombaire) présente de nombreux avantages : elle favorise la chirurgie ambulatoire, n'entraîne pas les incidents postopératoires inhérents à l'anesthésie générale et locorégionale et a un coût faible. Par ailleurs, au même titre que l'anesthésie locorégionale, elle permet de tester en préopératoire l'efficacité de la technique chirurgicale employée et de ce fait éviterait les récurrences précoces. Le seul inconvénient de l'anesthésie locale réside dans l'appréhension que le malade peut en avoir, les incidents sont rares ; des réactions toxiques peuvent se voir en cas de surdosage [41].

3.2. Techniques chirurgicales

L'intervention chirurgicale comporte 2 temps : la dissection herniaire et la réparation de la paroi. Et on distingue aujourd'hui 2 techniques : la technique avec tension (herniorraphie) et la technique sans tension (renfort prothétique) [16].

3.2.1. La dissection herniaire

Elle consiste en une exposition des différents plans musculo-aponévrotique puis dans le repérage et la dissection du cordon. Le sac herniaire est identifié et disséqué jusqu'au niveau de son collet. Le sac est réséqué et lié puis refoulé dans la cavité abdominale après résection et suture de l'excédent de péritoine. Les viscères en l'absence de complications sont réintégrés dans la cavité abdominale [16].

3.2.2. La réparation de la paroi

Elle peut se faire selon plusieurs techniques qui ont toutes pour objectif de renforcer les mécanismes de solidités pariétales [16]. Il existe 2 techniques :

3.2.2.1. Technique avec tension (Herniorraphie)

Leur principe est de réparer le plan postérieur de l'orifice musculo-aponévrotique en suturant entre elles les structures anatomiques locales.

Cette suture se fait évidemment sous tension, ce qui est source de douleurs et de récurrences. Elle est toujours réalisée par voie inguinale [42].

Intervention de Bassini :

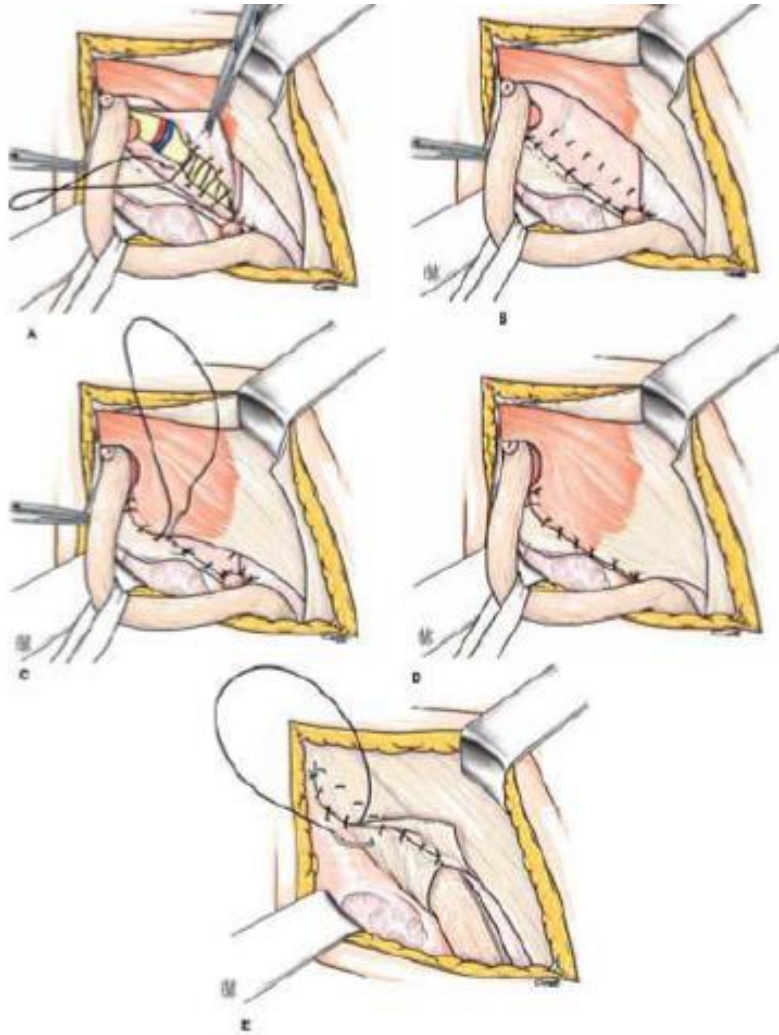
Elle consiste à refermer la paroi postérieure du canal inguinal en rapprochant par des fils le tendon conjoint et l'arcade crurale sans résection du fascia transversalis. Cette réparation ne concerne que l'étage inguinal de l'orifice musculo-aponévrotique [16].

Intervention de Mac Vay :

Elle consiste à abaisser le tendon conjoint au ligament de Cooper (le fascia transversalis est ouvert). Cette technique peut être utilisée pour le traitement des hernies inguinales et fémorales [16].

Intervention de Shouldice :

Elle consiste en une réfection pariétale en trois plans, réparant successivement le fascia transversalis, le tendon conjoint abaissé à l'arcade crurale et l'aponévrose du grand oblique. Elle ne diffère de la technique de Bassini que par une dissection plus extensive et une suture au fil d'acier en 2 plans du mur postérieur du canal inguinal. C'est actuellement la technique de référence [16].



1er plan aller (A), retour (B), 2ème plan aller (C), retour (D), 3ème plan (E).

Figure 3: Technique de Shouldice : Surjets sur 3 plans

3.2.2.2. Technique sans tension (renfort prothétique)

C'est une intervention nécessitant la mise en place d'une prothèse qui a pour but de renforcer la paroi postérieure du canal inguinal, sans augmenter les contraintes mécaniques [16].

Technique de Lichtenstein :

Elle consiste en la mise en place d'une plaque de renforcement pariétal doublant le fascia transversalis par voie inguinale conventionnelle. Après dissection et réduction de la hernie, une prothèse de Marlex, fendue pour le passage du cordon est mise en place en avant du plan musculo-facial. Elle est fixée sans tension en haut et latéralement aux muscles, et en bas au ligament inguinal. [16]

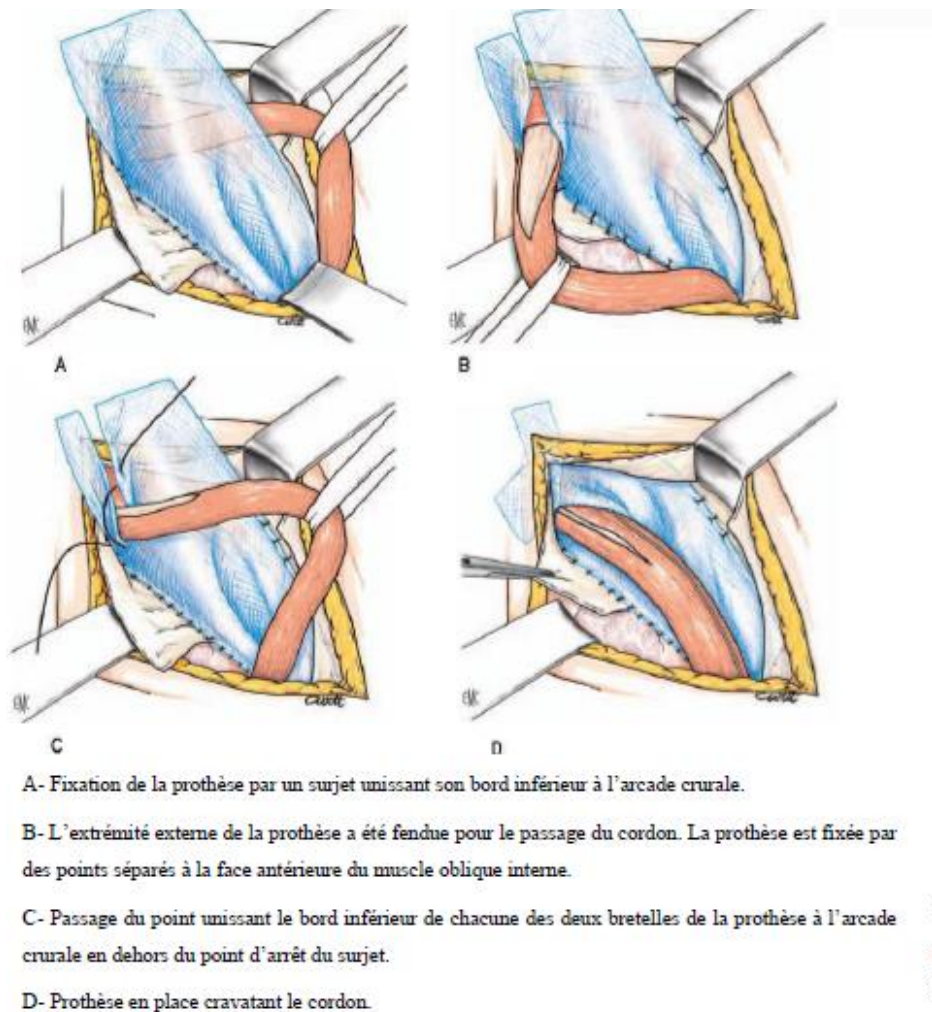


Figure 4: Technique de Lichtenstein

Technique du « plug » :

Elle consiste en la mise en place d'un matériau prothétique en forme de bouchon dans l'orifice herniaire remplissant cet orifice et l'oblitérant [16].

Techniques laparoscopiques :

Il existe aujourd'hui 2 techniques qui consistent en la mise en place d'une prothèse du renforcement non résorbable. Ces prothèses sont mises entre le péritoine et la paroi abdominale. Les techniques les plus utilisées sont :

–**Technique TAPP (voie trans-abdominale pré péritonéale)** : Cette technique est réalisée par voie laparoscopique en passant au travers de la cavité péritonéale, le péritoine étant ouvert puis renfermé après réintégration du sac herniaire, et mise en place d'une prothèse [16].

Technique TEP (totalement extra péritonéale) : Elle consiste en la mise en place d'une prothèse après décollement d'un plan situé entre le péritoine et la paroi abdominale sans ouverture péritonéale [16].

4. Indications

Le choix d'un procédé est difficile en raison du grand nombre de techniques disponibles et de l'absence de supériorité indiscutable de l'une ou l'autre d'entre elles. Le chirurgien doit choisir entre voie d'abord antérieure, postérieure ou laparoscopique, entre herniorraphie et plastie prothétique. Il doit également choisir le siège et le type de la prothèse ainsi que le type d'anesthésie.

4.1. Choix de l'anesthésie

La cure de hernie peut se faire sous anesthésie générale, locorégionale ou locale.

Les pariétoplasties par voie ouverte peuvent facilement être réalisées sous anesthésie locale voir sous rachianesthésie, bénéficiant ainsi des avantages de ce type d'anesthésie qui ont été démontrés par plusieurs études [43,44, 45,46,47,48,49].

L'anesthésie locale évite le relâchement artificiel des plans musculo-aponévrotiques et des sutures sous traction, elle prévient les complications thromboemboliques grâce à la mobilisation rapide et elle est plus économique. La principale propriété des anesthésiques locaux est de bloquer la transmission du message douloureux à partir des terminaisons nociceptives ; cet effet s'exerce sur la douleur post opératoire immédiate mais peut avoir des effets à plus long terme.

Des études comparatives [50] ont démontré que l'anesthésie locale donne moins de nausées, de vomissements et de céphalées que l'anesthésie générale et contribue à réduire à réduire le taux de complications générales, la durée d'hospitalisation et la douleur postopératoire, et vérifiées par l'étude de K.J.LUNDSTRUM [51], et elle mérite d'être appliquée aux bronchitiques, aux gros fumeurs et aux patients âgés à haut risque [52].

L'anesthésie locorégionale a l'avantage d'être réalisée chez tous les malades, elle permet de vérifier le bon emplacement du Plug par l'épreuve de poussée faite par le malade en per opératoire, mais elle donne plus de rétentions d'urines [53,54] ; cet inconvénient pouvant être atténué par la restriction hydrique.

Quant aux chirurgiens, l'anesthésie générale procure le plus grand confort.

4.2. Options thérapeutiques pour les patients symptomatiques et asymptomatiques [55]

Les hernies de l'inguinale symptomatiques doivent être traitées par une intervention chirurgicale. Les patients masculins présentant une HI asymptomatique ou paucisymptomatique peuvent bénéficier d'une surveillance active, leurs risques d'intervention en urgence étant faibles. La majorité de ces patients finiront par développer des symptômes, principalement de la douleur, et auront besoin d'une intervention chirurgicale. Par conséquent, l'évolution naturelle des hernies asymptomatiques ou pauci-symptomatiques, ainsi que les risques liés à l'intervention doivent être abordés avec les patients.

Le traitement chirurgical doit être adapté à l'expertise du chirurgien, aux caractéristiques propres du patient et à sa hernie, et aux ressources locales/ nationales. En outre, les comorbidités, le mode de vie et le contexte social du patient doivent être pris en compte dans la décision concertée de gestion de la hernie

4.3. Choix du procédé de l'hernioraphie

L'étude pluricentrique de l'Association de recherche en chirurgie, a mis en évidence un taux de récurrences de 6,1 % pour le Shouldice, 8,6 % pour le Bassini et 11,2 % pour le McVay [56].

D'autres études ont mis en évidence des taux de récurrences de 4 à 15% pour le Shouldice [57,58]. Une méta-analyse ayant retenu six études randomisées a confirmé que le Shouldice est la meilleure technique de herniorraphie, mais avec un taux de récurrences qui est en réalité de l'ordre de 5 % [59].

La technique de Shouldice est considérée comme le procédé de référence en raison de tolérance par les patients, du taux de récurrences, publié par European Hernia Society [52,60,61]. En dépit des taux bas de survenue de douleurs chroniques ainsi que de la formation d'hématomes qui sont engendrés par cette technique, il semble qu'elle augmente légèrement le risque d'infections post opératoires ainsi que la durée d'hospitalisation [61].

4.4. Choix entre herniorraphie et prothèse

Dans la pratique, les résultats plaident en faveur des procédés prothétiques qui donnent un taux de récurrences faible : 1,5 % pour la technique de Stoppa [62], 1,6 % pour celle de Rives [63], moins de 1 % pour celle de Lichtenstein [64] et les plugs [65]. Une étude cohort a montré qu'il y a moins de récurrences avec la technique de Lichtenstein qu'avec celle de Shouldice [66] et pas de différence en ce qui concerne le séjour hospitalier, la douleur postopératoire, la formation d'hématome ou de serome ou même l'infection du site opératoire [67].

En revanche, la technique de lichtenstein présente un taux de douleur post opératoire très élevé (67%) par rapport aux autres techniques notamment plug (17%), shouldice (4%) [68].

Le choix repose essentiellement sur l'âge du patient et le type de la hernie. Les hernies directes ou mixtes (Nyhus type III) ont un risque de récurrences plus élevé en raison de la faiblesse des tissus [69] qui justifie la pose d'une prothèse.

4.5. Choix entre voies antérieure et postérieure [52,70]

La voie antérieure par une incision inguinale est la plus simple et elle est pratiquement la seule faisable sous anesthésie locale.

La voie postérieure offre l'avantage de donner accès à l'ensemble des points de faiblesse de la paroi et de permettre l'étalement d'une grande prothèse renforçant toute la zone faible inguinale.

En cas de récurrence après abord antérieur, elle permet d'éviter les difficultés de dissection liées aux phénomènes cicatriciels. En revanche, elle ne peut être habituellement pratiquée que sous anesthésie générale ou locorégionale.

Au total, la voie antérieure est simple, direct, peu délabrant, sans danger pour les organes intra abdominaux, compatible avec une anesthésie locale ou loco régionale et une hospitalisation brève. La voie postérieure peut être préférée en cas de récurrence après voie antérieure ou en cas de grosse hernie bilatérale. Actuellement, elle est concurrencée par la chirurgie laparoscopique qui permet la même réparation prothétique par une voie d'abord moins invasive.

4.6. Choix entre chirurgie conventionnelle et Laparoscopique

La chirurgie laparoscopique entraîne moins de douleur postopératoire et permet une reprise d'activité plus rapide [51].

La chirurgie laparoscopique de la hernie inguinale expose à un risque plus élevé de complications [71]. Elle est plus difficile et sa maîtrise est plus longue à acquérir [72]. En outre, elle ne peut être faite que sous anesthésie générale, ce qui ne permet pas aux patients de bénéficier des avantages de l'anesthésie locale et locorégionale. [52]

Le coût direct de la laparoscopie est plus élevé que celui de la chirurgie traditionnelle [73]. Ce surcoût technique pourrait être compensé par une réduction du coût social, grâce à une reprise d'activité plus rapide [74].

IX. Risque opératoire

1. Risque anesthésique

Deux types de situations peuvent être opposés en matière de risque anesthésique.

Le premier type de situation, conduisant aux complications voire au décès, concerne les patients présentant une ou plusieurs affections chroniques et/ou aiguës modifiant les grands équilibres physiologiques et soumis à une chirurgie importante ou majeure. Il s'agit de patients présentant, intrinsèquement, un risque opératoire important, risque d'autant plus élevé que la chirurgie est plus lourde. La diminution du risque fait ici clairement appel à une évaluation préopératoire satisfaisante permettant de compléter le bilan, de préparer le patient et, éventuellement, de contre-indiquer certains patients. Le bénéfice de cette attitude est tout à fait démontré dans la récente série rapportée par Prause et coll.

Le deuxième type de situations conduisant à des complications est ce qu'il est habituel d'appeler un « accident d'anesthésie ». Il s'agit de complications directement liées à l'anesthésie et pouvant survenir même chez un sujet en parfaite santé antérieurement. Ces événements sont rares et inattendus. Ils sont beaucoup plus difficiles à prévenir. Les causes de ces accidents sont difficiles à analyser. Cette analyse, en anesthésie comme dans d'autres domaines de la médecine, a largement bénéficié de l'expérience acquise dans l'aéronautique et dans certaines industries : industries chimique, nucléaire, plates-formes pétrolières, etc. Les erreurs humaines et les erreurs systèmes sont ici très largement en cause dans la survenue de ces accidents d'anesthésie.

La prévention repose sur le monitoring permettant de dépister précocement les anomalies d'appareillage ou les modifications physiologiques (hémodynamiques, ventilatoires, etc.) concomitantes du début de l'accident. La prévention des erreurs systèmes impose une analyse détaillée des conditions de survenue des incidents critiques et des accidents afin de proposer des procédures permettant de les éviter.

Les conséquences d'un épisode indésirable imprévu, survenant en cours d'anesthésie, dépendent de plusieurs facteurs : la gravité intrinsèque de l'épisode, le temps pour réaliser une intervention correctrice et les réserves fonctionnelles du patient.

Le risque opératoire intrinsèque dépend de l'importance du geste chirurgical et de l'état physiologique du patient. Les phénomènes intercurrents imprévus, responsables d'accidents d'anesthésie, ont des conséquences d'autant plus sévères que le temps de leur correction est plus long et que les réserves fonctionnelles du patient sont plus faibles [75].

1.1. Accès aux voies aériennes supérieures : Dépistage de l'intubation difficile

Les accidents respiratoires représentent les deux tiers des accidents peranesthésiques. Ces complications conduisent à la mort ou à des séquelles neurologiques postanoxiques dans 85% des cas. Ces accidents graves sont dus la plupart du temps à une ventilation inadaptée ou à un défaut de contrôle des voies aériennes. Ainsi, en France, la responsabilité directe ou indirecte de l'intubation difficile est retrouvée dans un tiers des accidents d'anesthésie, ce qui en fait la première cause de morbidité et de mortalité peranesthésiques. De plus, dans 15 à 30% de ces accidents, cette intubation difficile n'avait pas été prévue.

La prédiction de l'intubation difficile est donc le préalable indispensable à la stratégie de prise en charge des voies aériennes supérieures car elle permet de prévoir une technique anesthésique adaptée (anesthésie locorégionale, anesthésie avec maintien d'une ventilation spontanée...) ou une technique de contrôle des voies aériennes supérieures particulière (fibroscopie, ventilation transtrachéale...).

À l'anamnèse, les conditions d'intubation lors des précédentes anesthésies sont recherchées, de même que les pathologies ou antécédents pouvant modifier l'exposition glottique : antécédents de chirurgie maxillofaciale, maladie rhumatismale limitant la mobilité de l'articulation atloïdo-occipitale, cancer otorhinolaryngologique... Une sténose trachéale est évoquée en cas d'antécédents d'intubation prolongée ou de trachéotomie.

Outre des séquelles de chirurgie maxillofaciale ou une dysmorphie faciale, l'examen clinique recherche les éléments validés comme étant prédictifs d'une intubation difficile : un cou court, une proéminence des incisives, une petite ouverture de bouche ou une obésité.

Un examen oropharyngé est pratiqué afin de déterminer la classe de Mallampati du patient.

Modifiée par Samsoon et al, la classification de Mallampati permet de prédire la qualité de la laryngoscopie en fonction de la visualisation des structures oropharyngées. La mobilité du rachis cervical est appréciée de même que celle de l'articulation atloïdo-occipitale par la mesure de la distance thyromentonnière. Les performances de ces différents signes varient selon la population étudiée.

Ainsi, le plus usité d'entre eux, le signe de Mallampati, a une sensibilité et une valeur prédictive positive élevées dans l'étude princeps qui n'ont pas été retrouvées par la suite dans d'autres études.

Malgré tout, ces études retrouvaient une bonne sensibilité et une bonne spécificité au signe de Mallampati. L'association de plusieurs signes prédictifs d'intubation difficile permet d'améliorer la spécificité de l'examen clinique, expliquant pourquoi certains ont mis au point des scores incluant plusieurs critères. Ces scores ne semblent cependant pas plus performants que la combinaison de la classification de Mallampati avec la distance thyromentonnière et l'ouverture de bouche.

Les examens paracliniques (en particulier les radiographies de la face et du cou) ne font pas partie des examens de routine de dépistage de l'intubation difficile. Ces examens morphologiques peuvent être utiles dans la pathologie rhumatologique ou neurochirurgicale.

1.2. Prédiction du risque allergique

Les curares sont les principales substances mises en cause lors des accidents allergiques et sont responsables d'environ deux tiers des chocs anaphylactiques. Le latex est la deuxième substance la plus fréquemment mise en cause, et la fréquence des accidents allergiques dus à cette substance a significativement augmenté au cours des dix dernières années. La fréquence des accidents allergiques aux morphiniques et aux hypnotiques est très faible malgré une très large utilisation [76]. La consultation d'anesthésie permet de rechercher un antécédent d'allergie vraie, mais aussi de reconnaître des groupes à risque. Cette enquête allergique ne permet de proposer une conduite préventive que dans de très rares cas mais peut conduire à la réalisation d'un bilan allergologique afin d'identifier avec certitude le ou les allergènes. Si le produit en cause est connu, il doit naturellement être écarté du protocole anesthésique. Dans le

cas contraire, une consultation d'allergoanesthésie permet de tester les produits suspects. En cas d'urgence, il est recommandé d'éliminer les curarisants, d'opter si possible pour une technique d'anesthésie locorégionale et d'utiliser du matériel sans latex naturel.

L'allergie aux curares peut être observée même en l'absence d'antécédents anesthésiques, donc de contact avec un curarisant. Ceci est retrouvé chez 30% des patients ayant fait un choc anaphylactique aux curares. On pense que ces patients se sont sensibilisés lors de contacts répétés avec des produits contenant des radicaux ammoniums quaternaires tels que les produits ménagers. C'est ainsi qu'un patient allergique aux curares conservera sa vie durant un taux d'anticorps élevé et des tests cutanés positifs, confirmant ainsi que son système immunitaire est perpétuellement stimulé.

L'existence de signes cliniques d'intolérance au latex (prurit de contact, oedème...) doit faire réaliser un bilan allergologique. L'exposition professionnelle au latex (professions médicales) conduit à une prévalence d'allergie au latex estimée entre 6 à 10 %. Des signes cliniques d'intolérance doivent donc toujours être recherchés dans ce cas. Une prévalence de 40 à 60% de sensibilisation au latex a été retrouvée chez les enfants atteints de malformations urogénitales (spina bifida) en raison des sondages multiples et des interventions itératives dont ils ont été l'objet.

Certaines allergies croisées sont évocatrices d'une allergie au latex. En effet, certaines protéines allergisantes (hévamines A et B) sont des lysozymes trouvés dans de nombreux végétaux (pollens, ficus) et certains fruits exotiques (banane, avocat, kiwi, châtaigne...). Ces réactions croisées existeraient dans 50% des cas d'allergie au latex.

2. Risque lié à l'acte opératoire (voir Complication)

3. Déterminants du risque opératoire

De nombreuses études épidémiologiques sur de larges cohortes de malades se sont attachées à identifier les grands cadres pathologiques associés à une surmortalité postopératoire. Toutes concordent sur les déterminants majeurs du risque opératoire.

3.1. Rôle de la pathologie cardiaque

Les complications cardiaques postopératoires, qu'il s'agisse d'insuffisance cardiaque ou d'infarctus du myocarde, ont une mortalité particulièrement élevée.

Dans ces conditions, ce sont les pathologies cardiaques qui ont donné lieu à l'essentiel des travaux concernant le risque opératoire. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte, pour apprécier le risque opératoire (mort subite, nécrose myocardique, œdème pulmonaire...) chez des patients, aux réserves de débit cardiaque limitées.

Le risque d'insuffisance cardiaque postopératoire est, aussi, significativement majoré chez les patients porteurs d'extrasystoles ventriculaires ($> 5/$ minute) dès la phase préopératoire.

Une altération préopératoire de la fraction d'éjection ventriculaire gauche, en deçà de 35 % au repos est fortement reliée à une majoration de la morbidité et de la mortalité postopératoires d'origine cardiovasculaire.

Les critères prédictifs cliniques associés à une majoration du risque cardiovasculaire périopératoire (nécrose myocardique, insuffisance cardiaque congestive, mort subite...) établis par plusieurs auteurs après analyses multivariées. Parce que la majorité des chirurgies à risque est de nature vasculaire, Eagle et coll. ont identifié des facteurs de risques propres à ces patients.

L'analyse multivariée révèle 6 facteurs cliniques prédictifs d'une morbidité cardiovasculaire périopératoire, dont l'âge > 70 ans, les antécédents de nécrose myocardique, le diabète, les antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, les troubles rythmiques ventriculaires requérant une thérapeutique. L'incidence des complications cardiovasculaires atteint respectivement 15,5 % lorsqu'un ou deux de ces facteurs est présent et 50 % lorsqu'il existe 3 facteurs de risque et plus.

Lee et coll. ont déterminé de façon prospective un score prédictif simplifiant le score initial de Goldman. Ils ont identifié 6 facteurs prédictifs de complications cardiovasculaires chez des patients soumis à une chirurgie non cardiaque :

- Chirurgie à haut risque (intrapéritonéale, intrathoracique, vasculaire suprainguinale) ;
- Antécédents de cardiopathie ischémique ;
- Antécédents d'insuffisance cardiaque congestive ;
- Antécédents de pathologie vasculaire cérébrale ;
- Diabète insulino-dépendant ;
- Insuffisance rénale préopératoire (créatinine plasmatique > 177 umol/L).

3.2. Risques liés à l'âge [77]

La morbidité et la mortalité périopératoires augmentent avec l'âge. Pourtant, les taux de morbidité et de mortalité périopératoires ne sont pas plus élevés chez les octogénaires en bonne condition physique que chez les adultes jeunes devant bénéficier du même type d'intervention chirurgicale . Il est habituel d'affirmer que, plus que l'âge chronologique, c'est l'âge physiologique, et donc l'état de santé préopératoire, qu'il faut prendre en compte, d'où l'importance de l'évaluation préopératoire. En fait, le vieillissement physiologique se traduit par une très grande difficulté de l'organisme à faire face à des situations de stress. Une personne âgée n'est pas seulement un malade, c'est un individu physiologiquement différent et ces différences doivent être prises en compte.

Les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez les sujets âgés sont les pathologies cardiovasculaires responsables chaque année de 47 % des décès aux États-Unis. Si l'hypertension artérielle isolée est la pathologie la plus fréquemment retrouvée, tous âges confondus, chez les sujets âgés, la cardiopathie hypertensive sera au premier plan. Plus de 8 % des patients de plus de 65 ans sont porteurs d'une insuffisance coronaire.

La symptomatologie de cette coronaropathie est trompeuse, et la dyspnée prend souvent le pas sur la douleur. Même si la pathologie cardiovasculaire aggrave le risque de mortalité périopératoire, le décès est souvent dû à une autre cause (sepsis, saignement, insuffisance respiratoire ou rénale...).

Enfin, le sujet âgé « en institution » représente une catégorie particulièrement fragile où le risque de dysfonctionnement cognitif et de syndrome de glissement, postopératoire est particulièrement élevé.

L'évaluation du risque cardiovasculaire périopératoire est fondée sur des critères cliniques, fonctionnels ou plus spécifiquement reliés à la chirurgie envisagée. Elle permet de définir plusieurs niveaux. Le Collège Américain de Cardiologie et l'American Heart Association ont publié des recommandations sur l'évaluation cardiovasculaire périopératoire avant une chirurgie non cardiaque.

L'âge avancé y est présenté comme un facteur de risque cardiovasculaire mineur, ne requérant par conséquent pas, d'explorations cardiaques particulières, qu'elles soient invasives ou non.

Cependant, elles présentent l'âge comme un facteur aggravant du risque lors de la chirurgie majeure. On retrouve là en filigrane le problème de la perte des réserves fonctionnelles : l'âge n'aggrave pas le risque cardiovasculaire lors d'une chirurgie mineure, mais devient un facteur de risque indépendant si les réserves fonctionnelles de l'individu sont sollicitées par un acte chirurgical majeur.

3.3. L'hypertension artérielle

Le risque périopératoire dû à l'HTA :

Dans les populations européennes, la prévalence de l'HTA est d'environ 15% en chirurgie générale, et atteint près de 50% en chirurgie vasculaire. L'influence de l'HTA sur le risque périopératoire reste controversée. L'HTA n'apparaît pas comme facteur de risque indépendant de complications graves ou de mortalité dans les grandes séries épidémiologiques, même de chirurgie vasculaire [78].

L'HTA non traitée est un facteur d'athérome, avec des conséquences sur les circulations locales. Elle constitue ainsi un facteur aggravant et un facteur indépendant de surmortalité périopératoire en cas de cardiopathie associée, chez les patients coronariens ou présentant au moins deux facteurs de risques.

3.4. Obésité [79]

Les complications de l'obésité sont multiples. Dans une série de 434 patients obèses consécutifs opérés d'anneau gastrique ou de by-pass, 50 % des patients souffraient de

syndrome d'apnée du sommeil documenté, 44 % de reflux gastro-oesophagien, 41 % d'hypertension artérielle, 43 % d'insuffisance respiratoire restrictive (Capacité résiduelle fonctionnelle < 70 % de la valeur théorique), 24 % de diabète, 12 % d'asthme et 2 % d'angor.

Au plan cardiovasculaire, l'hypertension artérielle est donc fréquente, de type systolo-diastolique. Le risque de maladie coronaire augmenterait avec la prise de poids et sa détection est d'autant plus difficile que la limitation d'activité liée au surpoids peut minorer ses manifestations cliniques. Les prises médicamenteuses sont également importantes à préciser. Le risque thrombo-embolique est aussi augmenté chez les patients obèses et justifie la prescription préopératoire d'anticoagulants. Au plan respiratoire, l'obésité induit des modifications physiologiques importantes à prendre en compte pour la période péri-opératoire : diminution de la capacité résiduelle fonctionnelle, de la compliance, augmentation des résistances des voies aériennes.

L'examen préopératoire permet également d'évaluer les conditions pratiques de réalisation de l'anesthésie générale. L'abord veineux périphérique est plus difficile chez le sujet obèse que chez le sujet mince, mais la nécessité de recourir à une voie veineuse centrale au seul motif que l'accès périphérique serait impossible est exceptionnel.

3.5. Autres facteurs

– **L'insuffisance rénale** est un facteur de risque de mortalité toutes cause confondues ainsi que d'insuffisance rénale postopératoire.

– **La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)** est un facteur de risque de morbidité respiratoire postopératoire majeur retrouvé par toutes les études portant sur l'analyse de ce risque. Le diagnostic de cette affection est clinique ; en effet, l'existence préopératoire d'une expectoration purulente est mieux corrélée au risque de complications postopératoires que ne le sont les données des épreuves fonctionnelles respiratoires, ou des gaz du sang.

– **Le type de chirurgie** est un élément fondamental du risque opératoire. Trois types de chirurgie sont associés à une mortalité et une morbidité post opératoire significativement plus

élevées : les chirurgies vasculaires, thoraciques et abdominales. La chirurgie en urgence est également assortie d'un risque accru.

–**L'existence d'une pathologie évolutive** est un facteur de risque de mortalité majeur qui est bien mis en évidence par l'étude sur le risque chirurgical dans les hôpitaux nord-américains de la Veterans Administration portant sur le suivi à 30 jours de 87 078 actes de chirurgie non cardiaque. Parmi les dix variables les plus significatives du risque de mortalité postopératoire apparaissent trois marqueurs d'une pathologie évolutive : l'hypoalbuminémie, retrouvée comme facteur de risque dans les neuf types de chirurgie étudiés, un cancer métastasé retrouvé dans huit types de chirurgie sur neuf et enfin la perte de poids récente retrouvée dans six types de chirurgie sur neuf.

–**Le Diabète** n'est pas identifié comme facteur de risque indépendant par toutes les études portant sur la morbidité périopératoire. Pedersen l'identifie comme facteur de risque de mortalité en chirurgie majeure, mais ne le retient pas dans son modèle final Lee le retient parmi les six indicateurs du score de Goldman révisé. Novis, reprenant six études recherchant le diabète comme facteur de risque d'insuffisance rénale [80], ne le retrouve identifié comme tel que dans une seule étude. Cependant, il est maintenant admis que le diabète est un facteur de mortalité quand il s'accompagne d'une dysautonomie ; celle-ci doit donc être recherchée en préopératoire.

X. Complications

1. Complications peropératoires

Leur fréquence est mal connue ; mais les accidents surviennent sous l'influence de plusieurs facteurs :

- L'expérience du chirurgien.
- Le type anatomo-clinique de la hernie inguinale opérée :
- La voie d'abord utilisée.
- La mise en place ou pas d'une pièce prothétique. [81]

Plusieurs complications peropératoires sont possibles, mais heureusement leur incidence est très faible. Les complications pouvant être rencontrées sont :

1.1. Les hémorragies

Les complications hémorragiques concernent les lésions de la branche pubienne de l'artère obturatrice (corona mortis), les vaisseaux épigastriques inférieurs ou les vaisseaux iliaques externes. Les deux premières n'ont aucune conséquence grave. En revanche, une lésion de la veine iliaque externe, plus exposée que l'artère, doit être reconnue et réparée. En cas de saignement important leur ligature est sans conséquence.

Les gestes de restauration artérielle par transplant veineux ou prothèse méritent d'être connus du chirurgien herniaire. La ligature de la veine fémorale est interdite sous menace de catastrophe et ne peut représenter qu'un geste temporaire de sauvetage, heureusement exceptionnel. Peu d'observations de lésions vasculaires graves ont été publiées [81].

Dans la série de Nordin et al. [82] les saignements per opératoires et post opératoires ont été comptabilisés comme complication post opératoire, elle a été de l'ordre de 3% du total de la série.

Dans la série de Krishna et al. [83], le saignement per opératoire était minime chez tous les patients de la série.

1.2. Lésions viscérales et vasculo nerveuses

1.2.1. Les lésions du cordon spermatique

La section du cordon spermatique est exceptionnellement une manœuvre délibérée qui avantagerait la réparation d'un grand orifice herniaire. Il s'agit moins exceptionnellement d'une lésion par inadvertance, qui survient surtout lors de cure de hernie récidivée ou multirécidivée.

L'orchite ischémique est causée par des lésions des structures artérielles et / ou veineuses dans le cordon spermatique. Une revue clinique antérieure a suggéré que cette lésion était liée à la thrombose veineuse causée par le traumatisme opératoire [84] une étude ultérieure a montré que lorsque des sacs indirects distaux ont été laissés in situ et des hernies

récurrentes ont été opérées avec une technique préperitonéale, le risque d'orchite ischémique a été réduit de 0,65 à 0,03% et de 2,25 à 0,97%, respectivement [85].

1.2.2. Les plaies du canal déférent

Rares, elles apparaissent surtout dans la chirurgie des récidives où les modifications anatomiques et la fibrose rendent l'individualisation des différents éléments difficile ; leur incidence est estimée à 0,3% lors d'une première cure [86].

La plaie du canal déférent ne peut pas être considérée comme négligeable chez l'adulte jeune et mérite d'être réparée immédiatement ; les sténoses même incomplètes d'un seul canal déférent pouvant aboutir à une hypofertilité ou à une stérilité par mécanismes immunologiques (augmentation du taux sérique des anticorps antisperme) mis en évidence par des andrologues : 7 % d'adultes hypo- zoospermiques, sans atrophie testiculaire avaient été opérés de hernie dans l'enfance [87].

1.2.3. Les lésions nerveuses

Elles sont de l'ordre de 3 à 7% [88], en raison du nombre de rameaux nerveux superficiels, issus des nerfs génitofémoral, ilioinguinal et iliohypogastrique cheminant dans la région inguinale.

Le risque est maximum dans les reprises par voie inguinale de hernies récidivées après cure par voie inguinale. En revanche, la voie abdominale postérieure ne rencontre aucun nerf, c'est un de ses importants avantages [88].

Leur atteinte peut être responsable d'une perte de la sensibilité de la région inguinale, de l'hémiscrotum, de la base du pénis et de la partie supérieure de la cuisse. Ces troubles sensitifs sont en général transitoires.

Les atteintes nerveuses par section ou strangulation d'un nerf dans une suture peuvent être responsables de douleurs chroniques postopératoires. Une lésion du nerf fémoral heureusement exceptionnelle avec des conséquences motrices sur le quadriceps, peut se produire lors de la fixation des prothèses sur le psoas, d'où la règle de ne placer les points de fixation profonde que sous le contrôle de la vue [52].

En cas de doute quant à l'existence d'une lésion nerveuse, il vaut mieux sectionner ou électrocoaguler le nerf, l'hypoesthésie du territoire correspondant étant moins invalidante que l'apparition éventuelle d'un névrome. [89].

1.3. Les lésions viscérales

Rares, Ce sont des incidents qui doivent être immédiatement décelés pour recevoir un traitement approprié immédiat.

1.3.1. La vessie

Les plaies vésicales sont rares, de l'ordre de 0,1% selon la littérature [88].

En général cette complication n'est pas dramatique, mais il faut la réparer en un ou deux plans étanches à la distension vésicale, au fil à résorption lente, en plaçant une sonde vésicale à demeure pendant 6 jours. Une plaie accidentelle de la vessie doit faire renoncer à l'utilisation de matériel prothétique par crainte d'une suppuration.

1.3.2. Les intestins

Caecum ou sigmoïde peuvent être lésés ou dévascularisés dans les réparations de hernie par glissement. La prévention consiste à réséquer le moins possible de sac et à ne pas décoller les viscères, mais à réintégrer en masse le sac disséqué et les viscères ayant « glissé ».

Une lésion du grêle, limitée le plus souvent, doit être réparée par suture soigneuse, en renonçant éventuellement et en règle à l'utilisation de matériel prothétique.

Le côlon peut lui aussi avoir glissé dans un sac de hernie indirecte et peut être blessé à l'occasion de l'ouverture du sac, ou dévitalisé lors d'une tentative inutile de décollement du côlon accolé. Il faut immédiatement réparer l'intestin par points séparés de fil à résorption lente ou réséquer l'intestin dévitalisé, avec extériorisation si besoin. Dans ce cas, il est prudent de réaliser une colostomie de protection transverse sur intestin non préparé [81].

1.3.3. L'uretère

Il peut être rencontré au contact d'un grand sac indirect ou direct. En cas de transection, Il pourra être réparé de différentes façons : anastomose aux points séparés de fil

à résorption lente sur tuteur en double J. L'uretère divisé près de la vessie doit de préférence être réimplanté dans celle-ci.

1.3.4. L'appendice

Un appendice normal est assez souvent découvert dans les sacs de hernie indirecte à droite ; il peut être réséqué sans difficulté s'il est complètement visualisé, mais il n'est pas recommandé de procéder à une appendicectomie sans autorisation préalable du patient.

En définitive, la ligature haute d'un sac indirect ne doit pas être faite à l'aveugle et la fermeture du sac doit être faite après son ouverture et l'examen de son contenu de façon à suturer sans menacer l'intestin, la vessie ou même l'épiploon [88].

1.3.5. Péritoine

Les ruptures péritonéales accidentelles ainsi que les adhérences suite à une chirurgie pré-péritonéale antérieure (comme par exemple la prostatectomie) sont une cause importante de conversion de technique de coelioscopie (TEP en TAPP). Dans une étude de Cohen et al, il y avait quatre conversions de TEP en TAPP en raison de lésions péritonéales qui n'ont pas pu être réparées, parmi eux trois patients avaient des antécédents de chirurgie pré-péritonéale (Prostatectomie). [90]

1.4. Conversion chirurgicale

Selon les données de la littérature le taux de conversion est élevé en cas de TEP. Ceci rejoint également les résultats des séries de O'Reilly EA et al. [91], de Bracale U et al. [92], de Antoniou SA et al. [93] et de Ko "ckerling F et al. [94] ; ainsi que les données de la Cochrane Database Review. [95]. Cela est expliqué par la difficulté d'identification des structures et repères anatomiques par la technique TEP. [96]

2. Incidents opératoires Propre à la voie Laparoscopique

Plusieurs incidents peuvent être observés, ils sont liés à cette technique laparoscopique :

–La survenue d'un emphysème sous cutané de moyenne importance à la suite de création d'un rétro-pneumopéritoine au niveau des points de ponction.

–L'apparition d'un pneumo-scrotum est sans gravité, il sera évacué en fin d'intervention avec facilité par simple expression, sans incidence thérapeutique, il atteint parfois 15 à 20% dans les séries de la littérature [97, 98].

–Les accidents d'insufflation (hypercapnie) : la diffusion du CO₂ est 4 fois plus importante dans l'espace pré-péritonéal que dans la cavité péritonéale [97,98], ceci entraîne parfois des hypercapnies importantes, cela nécessite la mise en place des mesures tels que la baisse des débits et des pressions d'insufflation et l'hyperventilation, son incidence varie de 0.3 à 1%.

–Le pneumopéritoine : il se traduit par une chute de la pression enregistrée avec diminution du champ de vision par restriction de l'espace pré-péritonéal, il apparaît après la survenue de brèche péritonéale lors de 3 circonstances [97,98] : la mise en place du trocart ombilicale, la dissection latérale dans la fausse iliaque où il faut progresser prudemment et la dissection du sac herniaire.

Après sa survenue, il faut prendre les mesures suivantes :

- Augmenter le débit d'insufflation, évacuation permanente du pneumopéritoine par mise en place d'une aiguille de PALMER ouverte dans l'hypochondre gauche et la reconnaissance de la brèche péritonéale et sa réparation si elle est importante.

Une analyse de certaines données de la littérature a montré que l'évaluation de l'incidence du pneumopéritoine n'a pas été systématique [99], dans d'autres études, son incidence varie entre 0 et 27% selon les séries [99].

3. Suites post opératoires

Une complication d'une hernie est quelque chose qui ne devrait pas se produire après une chirurgie herniaire. Toutes les complications sont connues pour être possible. Certaines complications peuvent nécessiter une procédure de suivi à effectuer pour aider à traiter la complication. Les complications peuvent parfois causer des problèmes à long terme, ou peuvent mener à une récupération prolongée après la chirurgie.

3.1. Suites post opératoires immédiates

3.1.1. Sérôme

Le sérôme au niveau de l'aine est la complication la plus fréquente après la cure laparoscopique de l'hernie inguinale [94,100]. Malgré cela, son incidence reste faible par rapport à la réparation ouverte [101]. Elle peut imiter la récurrence postopératoire causant des inquiétudes chez les patients. Son incidence varie de 1,9 à 11% [102,103], et peut être aussi élevée à 41% pendant les premiers jours post opératoires [100].

Selon Lau et al. [104], un sérôme ne devrait être considéré comme une complication que s'il persistait au-delà de 6 semaines, augmente régulièrement de taille, ou se manifeste cliniquement.

3.1.2. Hématome

Un hématome est une collection de sang dans les tissus du corps et peut être reconnu par une décoloration bleuâtre et un gonflement dans la zone de la chirurgie, apparaît généralement plusieurs jours après la chirurgie. L'hématome (sang) peut se propager à la base du pénis et du scrotum chez les hommes, ou dans les grandes lèvres (lèvres vaginales) chez les femmes. Il disparaît généralement seul après plusieurs jours (2 à 4 semaines).

De nombreuses études ont montré que l'incidence des hématomes est plus basse après une réparation endoscopique par rapport à la chirurgie conventionnelle sans précision exact des différences [105,106].

La série finlandaise de Hannu Paanjanen et al. [107] note la survenue d'un hématome minime chez 5 patients (2 %) traités par coelioscopie et chez 28 patients (11%) traités par chirurgie conventionnelle.

3.1.3. Infection du site opératoire

Les complications infectieuses après chirurgie herniaire sont rares. Elle peut également compliquer un hématome ou un sérôme.

Sa fréquence varie de 0,7 à 6% des opérés en fonction des circonstances (1,4% pour Houdard et Stoppa et 6% quand une appendicectomie y est associée pour Marsden) [65]. Selon Simchen [67], 5 facteurs favoriseraient de façon significative le taux d'infection postopératoire; il s'agit de l'âge, de l'étranglement herniaire, du caractère récidivé de la hernie, de la préexistence d'une infection et de la mise en place d'un drainage (risque relatif x 4) [108]

Elle accroît le risque de récurrence. Elle doit être prévenue par une prophylaxie peropératoire rigoureuse.

Le registre national allemand " HerniaMed " [109] a rapporté l'utilisation de l'antibioprophylaxie pour 85 000 patients (57% d'opérations laparo-endoscopiques). Une prophylaxie antibiotique a été administrée chez 70% des patients et une infection a été observée chez 0,2% des patients du groupe laparo-endoscopique et 0,6% du groupe chirurgie ouverte. Dans une analyse multivariée sur la cicatrisation, comparant la chirurgie laparo-endoscopique à l'opération ouverte.

Il est conclu que la réparation endoscopique en soi présente un avantage si important dans la réduction des infections des plaies, que l'administration d'une antibioprophylaxie n'est pas nécessaire [109].

3.1.4. Autres complications

3.1.4.1. Hydrocèle/Hématocèle

Exceptionnelle, Elle est favorisée par la dissection du cordon spermatique distal ou par l'abandon de la partie distale d'un sac indirect dans le scrotum.

3.1.4.2. Occlusion/péritonite

A type d'occlusion et de péritonite postopératoire:

—La première est exceptionnelle [88]. Dès qu'elle est soupçonnée; l'indication de réopérer est formelle après avoir éliminé une occlusion intestinale fonctionnelle.

–La péritonite peut être due à la perforation d'une anse douteuse réintégrée ou d'un étranglement rétrograde méconnu.

3.1.4.3. Douleur

La douleur est la plainte la plus fréquente après la chirurgie herniaire [110,111]. L'irritation nerveuse est considérée d'après la littérature comme étant la 2ème complication la plus fréquente. Au cours des dernières années, l'accent mis sur la réparation de l'hernie de l'inguinale a été orientée de la minimisation de la récurrence vers la réduction de la douleur postopératoire et l'accélération de la guérison [112].

Il est parfois extrêmement difficile de faire la distinction entre des douleurs liées à une neuropathie pariétale et celles d'origine purement musculaire ou viscérale. Les douleurs d'origine neuropathique sont secondaires à des sections complètes ou partielles des nerfs de la région inguinale ou à leur incarceration dans une ligature ou une suture. Si la raphie par voie inguinale y prédispose, surtout dans le cas des cures de récurrence herniaire, l'utilisation de matériel prothétique ne semble cependant pas en cause [113].

Selon lundestum et al. [114] Le risque de douleur significative 1 an après la réparation de la hernie de l'inguinale dans la pratique chirurgicale de routine a été de 15,2%. Ce chiffre a été plus faible chez les patients ayant subi une chirurgie par endoscopie, mais avec un risque significativement plus élevé de réintervention pour une récurrence.

3.1.5. Durée de l'hospitalisation

Une réduction de la durée d'hospitalisation permet de diminuer le coût thérapeutique et une reprise plus précoce des activités courantes et professionnelles [115].

Une série allemande [116] rapporte qu'après une chirurgie inguinale par voie laparoscopique, la durée d'hospitalisation est plus courte et le retour aux activités normales est plus rapide avec une moyenne de 1.9 jours pour les patients opérés par la technique TAPP, 2.3 jours pour les patients traités par la technique TEP et 2.8 jours pour les patients opérés à ciel ouvert.

D'autre part, la réparation d'une hernie compliquée est associée à un plus grand risque de résection de l'intestin grêle et à un séjour hospitalier plus long [117].

3.2. Suites post opératoires sur moyen et long terme :

3.2.1. Récidive

L'absence de récurrence de la hernie inguinale est le déterminant à long terme le plus important témoignant du succès après la cure herniaire. [116].

Il ressort clairement de toutes les études de haut niveau qu'en pratique générale, la prothèse est supérieure à l'herniorraphie, en particulier lorsqu'il mesure le taux de récurrence. Deux publications de la base de données herniaire danoise décrivent la récurrence après 96 mois après l'ouverture de non-mesh versus Lichtenstein. Le taux de récurrence après réparation ouverte non-mesh était de 8% contre 3% pour Lichtenstein [118,119]. Ces études sont flagrantes parce que le groupe Shouldice ne représentait que 13% de toutes les réparations de herniorraphie et que les taux de réopération étaient plus élevés que les taux de récurrence.

Des études de cohorte portant sur Shouldice indiquent que la classification est importante et le risque de récurrence est plus élevé après une réparation directe non-prothétique [120]. Une analyse de l'emplacement de l'espace herniaire a révélé 83 hernies latérales (48,5%) et 88 hernies médiales ou combinées, (51,5%). Le taux de récurrence était de 13,6% pour les hernies médiales ou combinées et de 8,4% pour les hernies latérales pures.

Une méta-analyse de Cochrane comprenant 41 essais randomisés n'a montré aucune différence significative dans les taux de récurrence entre les réparations de maille ouverte et les réparations laparoscopiques [121]. Cependant, d'autres études, incluant une récente étude de cohorte [122] et une méta-analyse plus récente incluant 27 essais randomisés, ont révélé un risque significativement plus élevé de récurrence des hernies primaires après réparation laparoscopique par rapport à une réparation ouverte [123] (taux de réopération dans l'étude de cohorte, 4,1% contre 2,1%).

3.2.2. Complications urologiques et sexuelles

Les lésions nerveuses secondaires à une chirurgie de l'hernie inguinale peuvent causer une douleur chronique qui pourrait interférer avec l'activité sexuelle. Les perturbations de la circulation testiculaire peuvent entraîner une douleur initialement sévère suivie d'une atrophie du testicule et donc une diminution de la production d'hormones. La division du canal déférent provoquera une obstruction pour le passage du sperme.

La douleur à l'aine ou génitale interférant avec l'activité sexuelle a été évaluée dans deux études de suivi de la Base de données sur les hernies danoises [124,125]. Dans un premier temps, 28% des patients ont admis avoir souffert de douleurs, tandis que la seconde étude a rapporté 11% de douleur, avec 2,8% des cas de laparoscopie principalement ouverte et 2,4% du groupe laparoscopique. Pour sévèrement altéré leur activité sexuelle.

L'incidence de la dysejaculation [126] ressentie par un traumatisme du canal spermatique et / ou une réaction inflammatoire liée à la maille le long du canal provoquant habituellement une douleur au niveau de l'anneau inguinal superficiel) était respectivement de 7,6 et 3,1% [127].

Selon une étude prospective du le registre herniaire suédois, Il n'y avait pas de risque accru d'infertilité après une chirurgie herniaire bilatérale avec ou sans prothèse par rapport à la population générale [128].

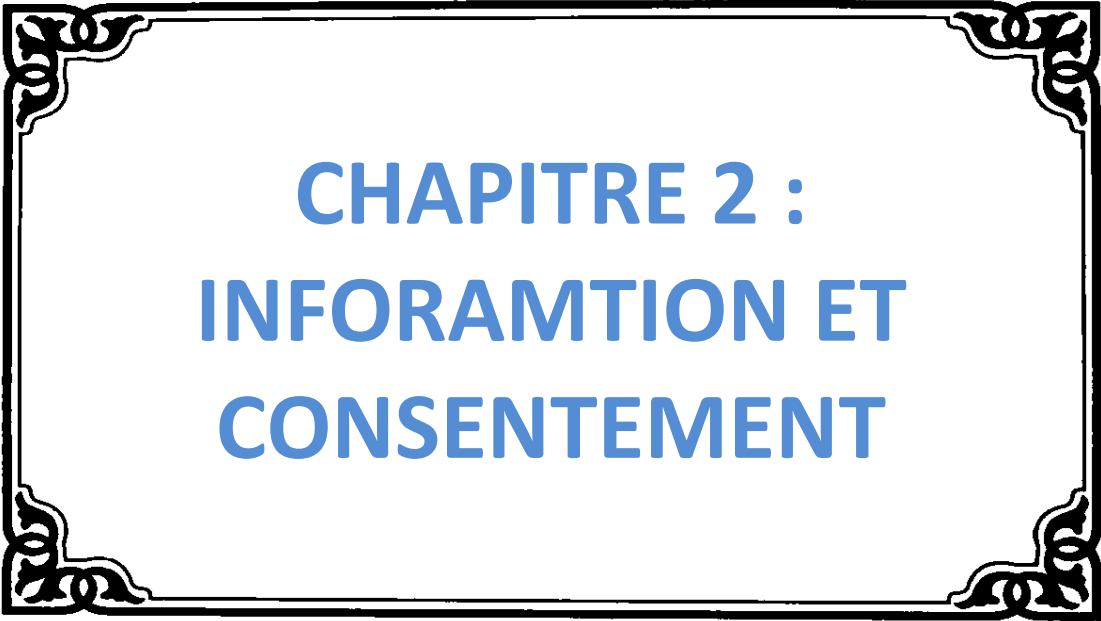
1.1.1. Retour au travail

Les approches peu invasives peuvent permettre au patient de revenir aux activités de la vie quotidienne plus rapidement [129]

La courte durée de convalescence ainsi que la douleur moindre confirme le confort du patient après la chirurgie laparoscopique de l'hernie inguinale [130,131].

1.1.2. Mortalité

La mortalité après cure de chirurgie de la hernie inguinale est faible. Elle est nulle dans une étude multicentrique comportant 4005 patients [132] est de 0, 19 % sur 23 ans dans l'expérience du Shouldice Hospital [133], pour les hernies opérés en chirurgie traitées en dehors de l'urgence.



CHAPITRE 2 : INFORMATION ET CONSENTEMENT

I. Approche philosophique et éthique

La recherche du consentement éclairé est une pratique courante en médecine, qu'il s'agisse de soins ou d'expérimentation humaine. Ce concept fait partie des critères de validité du contrat de soins et occupe une place importante au sein des textes légaux et réglementaires. [134]

1. L'approche philosophique

« Soigner c'est fondamentalement faire le bien » Cette relation entre la médecine et le principe philosophique de bienfaisance remonte à l'antiquité et à Aristote.

Le consentement est la conséquence du principe d'autonomie, qui peut être défini comme la faculté de donner soi-même la Loi de son action, sans la recevoir d'un autre. L'autonomie se conçoit comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières, dont les conditions de réalisation se gèrent par la négociation avec les autres individus, sans qu'une extériorité souveraine ne conçoive ni n'impose une unique vision du bien commun.

Ainsi dans la relation médecin-malade, le consentement devient une procédure de négociation.

2. Le principe de dignité

La confrontation entre les bases théoriques du consentement et sa mise en pratique dans certaines situations médicales met en lumière les limites du principe éthique.

A quoi sont-elles dues? Vraisemblablement à la fixation sur le principe d'autonomie, philosophique ou juridique.

Nous accordons dans notre pratique une importance capitale, voire universelle au consentement alors que dans certaines situations médicales l'autonomie des patients n'existe pas.

Aux Etats-Unis, cette recherche forcenée du consentement, associée aux fondements philosophiques de l'autonomie-négociation, aboutit à une véritable médecine de contentieux, envahie par le droit. [134]

S'affranchir de ces limites nécessite de sortir la relation médecin-malade du cadre étroit de l'autonomie et d'élargir celui-ci en y intégrant le principe de dignité.

Ce concept, à la différence de celui d'autonomie, est applicable à toutes les situations médicales. Il fait référence à l'humanité fondamentale que tout homme possède intrinsèquement.

Le consentement pourrait alors se concevoir comme un moyen de respect de l'autonomie, mais surtout comme une des conditions de défense de la dignité des patients.

II. Relation médecin malade

Parmi les relations interhumaines, la relation médecin-patient est l'une des plus complexes [135]. C'est une relation inégale et paradoxale. Elle débute par la demande d'un sujet souffrant, le malade, à un sujet savant, le médecin, et implique une étroite collaboration [136]. La communication entre le médecin et le patient a pour but d'établir une relation de confiance. Elle permet l'échange d'informations et une prise de décision adaptée à la situation ainsi qu'aux choix du patient [137].

Cette relation asymétrique, empreinte de paternalisme se voit alors vaciller sous l'effet de plusieurs facteurs contemporains de Georges Duhamel, qui nous l'avait autrefois décrit.

Depuis les années 1980, le système de santé connaît de réelles mutations, on assiste à la mise en place d'une politique de démocratie sanitaire dans laquelle le patient occupe une place centrale [138] [139]. Les droits des patients s'étendent, les technologies et moyens d'informations mis à sa disposition se développent, la société évolue. Le patient a la possibilité de s'intégrer dans des réseaux sociaux, d'échanger et de s'informer sur sa maladie. On assiste à une rééquilibration des pouvoirs dans la relation de soin, Le colloque devient pluriel [140].

Le partenariat est placé au premier plan dans la relation de soin. Le patient y joue un rôle très actif et participe à son plan de traitement. Un patient actif et engagé dans la consultation semble plus satisfait des soins et agit de manière plus responsable à l'égard de sa santé. Cette façon d'envisager la relation de nos jours s'inscrit dans une tendance sociétale qui tend à valoriser l'autonomie de l'individu. Amener le patient à être actif requiert des compétences communicationnelles plus développées de la part du praticien [141].

1. De nouveaux statuts pour le patient

Selon le texte final de la 5ème conférence des ministres européens de la santé, le patient est qualifié à la fois de citoyen, usager, consommateur, client, et patient [142]. De par ses nouveaux statuts, son accès à l'information, et sa facilité à entrer en conflit pour obtenir une indemnisation, le patient prend de l'ampleur et peut devenir une figure gênante pour le praticien [143].

1.1. Le Patient Sachant

Anciennement les médecins étaient les uniques détenteurs du savoir médical, et les patients, des ignorants.

Avec cet accès facilité aux ressources médicales (notamment internet), le patient peut accéder à des informations certes parcellaires mais souvent de bonne qualité : les statuts changent [144].

L'information dont il dispose lui permet d'émettre des préférences, il participe à la prise de décision, on assiste à une rééquilibration des pouvoirs. Le praticien est placé dans une situation anxiogène, [144] liée à la peur d'un changement de son statut, et à la perte de son pouvoir qu'il détenait grâce à son savoir (auquel le patient n'avait pas accès) [145].

Parmi ces patients « sachant », des profils très hétérogènes sont retrouvés. Le degré de connaissance de l'information dépend de plusieurs facteurs (âge, niveau d'éducation, sexe, type de maladie). Les patientes jeunes et éduquées sont considérées comme les plus actives. De plus on considère que le patient atteint de maladie chronique atteint le plus haut grade dans la connaissance de l'information, lui conférant le statut de « patient expert » (voir paragraphe suivant) [146].

1.2. Le Patient expert

Selon l'OMS, la prévalence des maladies chroniques dans le monde augmente, parallèlement à cela on assiste à la naissance parmi les patients atteints de telles pathologies, de « patients-experts [146].

La qualité de vie d'un patient atteint de maladie chronique sera impactée par ses choix thérapeutiques.

Le patient expert, en observant son corps, ses réactions face à la maladie et aux traitements, acquiert un savoir expérientiel qui peut venir compléter les connaissances du médecin et orienter les décisions de ce dernier.

Le malade chronique expert, développe une grande curiosité face à son affection, il s'informe régulièrement des évolutions en termes de traitements, nouvelles prises en charge.

Il a la capacité de rechercher et d'assimiler des connaissances complexes sur son affection. On lui suppose un niveau d'éducation élevé [145,147].

L'accumulation de savoir acquise suite à la lecture d'articles, publications, sur son affection fait que parfois il peut être plus savant que le médecin.

Le patient-expert refusera dans sa relation avec le praticien un modèle paternaliste. Il préférera un modèle informatif (voir paragraphe sur les modèles de relation au XXI^e siècle). Il est parfaitement conscient de ses valeurs et celles du médecin n'interviennent pas dans sa prise de décision [146].

1.3. Le Patient consommateur de soin

A la fin du XX^e siècle, le progrès des techniques dans le domaine de la médecine favorise le développement d'un concept nouveau : celui de «la médecine des désirs ».

Comment se définit-elle ? Les techniques et moyens utilisés pour cette pratique sont pour la plupart très récents, et en constante évolution.

Elle donne des réponses à des désirs non médicaux physique ou psychique (non liés à des pathologies reconnues par la médecine traditionnelle). Le motif de consultation du patient n'est pas lié à une maladie ou un symptôme, ce peut être par exemple le souhait de conserver une apparence jeune, ou d'augmenter la performance sexuelle.

Voici quelques exemples concrets : la chirurgie esthétique, le Viagra, les traitements antiâges, l'éclaircissement dentaire.

L'essor de la médecine des désirs a amené ce nouveau terme de « patient consommateur de soins » et il a été démontré récemment qu'une pratique consumériste s'était introduite en médecine (marché de la santé). Le patient, en affirmant une liberté dans ses choix, devient un consommateur autonome du système de santé. Il accède à une sorte de citoyenneté au sein du colloque singulier [144].

Le droit français protège essentiellement le consommateur, (considéré comme en état de faiblesse), on lui reconnaît des droits et pratiquement pas de devoirs [142].

Le patient est considéré comme un client exigeant, rabaissant parfois le thérapeute au statut de simple prestataire de service [143].

1.4. Le Patient procédurier : les conflits dans la relation de soin :

Un patient mécontent du résultat thérapeutique peut entrer en conflit avec son praticien. Les voies non contentieuses sont toujours privilégiées destinées à pacifier les relations patient-praticien.

Concernant la voie contentieuse, elle peut engager la responsabilité civile professionnelle du praticien si la faute du praticien est prouvée, entraînant un préjudice au patient. Un lien de causalité doit être mis en évidence (vu précédemment).

Selon la SHAM, (le principal assureur des hôpitaux publics) : les réclamations relatives à des préjudices corporels ont augmenté de 5% par an entre 1999 et 2003, puis la tendance s'est fortement accélérée après 2004 (plus de 20%), portant le nombre de réclamations à plus de 16 pour 1 000 lits assurés, et ces deux ans après le passage de la loi du 4 mars 2002 [148].

Cette augmentation du nombre de recours en justice par les patients participe à la dégradation de la relation patient-praticien [149].

2. Modèles de relation Médecin-malade :

La relation Médecin-malade de nos jours est placée au cœur de nouveaux enjeux et débats socio-économiques. Le système de santé s'est transformé et le patient, devenu plus responsable et autonome face à ses soins a pris une place beaucoup plus importante dans sa prise en charge thérapeutique. De nouveaux paramètres entrent en jeu dans cette relation complexe [1147].

De nombreux auteurs ont décrit cette relation en proposant plusieurs modèles, aujourd'hui elles sont souvent étudiées en abordant l'aspect communicationnel. Une bonne communication entre un médecin et son patient serait primordiale pour la qualité de la prise en charge thérapeutique.

Ils proposent un idéal de relation dans laquelle le patient obtient un plus grand contrôle et la domination du médecin tend à diminuer [150].

Emanuel et Emanuel (1992) proposent 4 modèles de relation patient-praticien en intégrant les paramètres suivant [147,150].

- (1) Les objectifs de l'interaction médecin-patient,
- (2) Les obligations du médecin,
- (3) Le rôle des valeurs des patients
- (4) La conception de l'autonomie du patient

Les 4 modèles de Emanuel et Emanuel :

2.1. Le modèle Paternaliste

Il est parfois appelé modèle parental ou sacerdotal. Dans ce modèle, l'interaction médecin-patient favorise pour le mieux leur santé et leur bien-être.

Le médecin utilise ses compétences pour poser un diagnostic, élaborer un plan de traitement qu'il estime le meilleur pour son patient. Il informe le patient des choix sélectionnés et l'encourage à consentir à l'intervention.

Le médecin prend des décisions dans l'intérêt du patient avec une participation limitée de celui-ci.

L'intérêt du patient est placé au-dessus du sien, de ce fait Il doit aussi être capable de solliciter d'autres avis, ou adresser lorsqu'il manque de connaissances ou compétences.

La conception de l'autonomie du patient est l'assentiment du patient aux déterminations du médecin.

Malgré la tendance actuelle à l'autonomisation du patient, ce modèle existe toujours de nos jours et certaines personnes attendent de leur médecin une relation paternaliste [150].

2.2. Le modèle informatif

Il est parfois appelé modèle scientifique, d'ingénierie ou de consommation.

Le médecin fournit au patient toutes les informations concernant son état pathologique, la nature des examens à réaliser, les thérapeutiques, les risques et bénéfices, et les incertitudes associées.

Le patient a le contrôle dans la prise de décision concernant sa prise en charge, que le médecin exécutera.

Ce sont les valeurs du patient qui déterminent la thérapeutique choisie. Il n'y a pas de place pour les valeurs du médecin, ou sa compréhension. Le médecin est considéré comme un fournisseur d'expertise médicale laissant le choix au patient dans sa prise en charge thérapeutique.

Les médecins sont dans l'obligation de fournir des informations exactes, de maintenir leurs compétences à niveau, et de consulter d'autres avis par manque de compétence ou connaissance.

La conception de l'autonomie du patient est le contrôle des patients sur la prise de décision médicale [150].

2.3. Le modèle interprétatif

Le rôle du médecin ici est d'élucider les valeurs du patient et ce qu'il veut réellement, il lui fournit de l'aide pour sélectionner les interventions médicales disponibles qui remplissent les objectifs de ses valeurs. Contrairement au modèle précédent, le médecin interprète les informations fournies au patient pour l'aider dans sa décision.

Le médecin qui travaille avec le patient doit élucider et comprendre ses valeurs, qui ne sont pas nécessairement connues de celui-ci.

Le médecin ne dicte rien au patient, il ne juge pas non plus ses valeurs ; il aide le patient à les comprendre et à les utiliser dans la situation médicale. C'est, en définitive, le patient qui sera décideur de ce qui est le mieux pour lui.

Dans ce modèle, le médecin a un rôle de conseiller pour son patient. Ses obligations sont similaires à celles énumérées dans le modèle informatif, mais nécessitent également d'engager le patient dans un processus conjoint de compréhension de lui-même.

La conception de l'autonomie du patient est la compréhension de soi ; le malade se rend compte plus clairement de « qui il est » et comment les différentes options médicales portent sur son identité [150].

2.4. Le modèle délibératif

Le but de l'interaction médecin-patient ici est d'aider le patient à déterminer et à choisir les meilleures valeurs liées à la santé qui peuvent être réalisées dans la situation clinique.

À cette fin, le médecin doit délimiter l'information sur la situation clinique du patient et ensuite aider à élucider les types de valeurs incorporées dans les options disponibles.

Le médecin ne traite que des valeurs liées à la santé, c'est-à-dire des valeurs qui affectent ou sont affectées par la maladie et les traitements du patient. Son objectif principal est de suggérer les valeurs les plus importantes.

Le médecin ne vise que la persuasion morale (la coercition est évitée) et le patient doit définir sa vie et sélectionner les meilleures valeurs le concernant.

En s'engageant dans une délibération morale, le médecin et le patient jugent la valeur et l'importance des valeurs liées à la santé.

Dans ce modèle, le médecin agit comme un enseignant ou un ami. Le patient est engagé dans un dialogue ayant pour but l'élaboration du plan d'action le plus efficace pour sa prise en charge thérapeutique. En souhaitant ce qui est le mieux pour lui, il lui suggère la meilleure décision.

La conception de l'autonomie du patient est son auto-développement moral [150].

Tableau 2: Comparaison des différents modèles de relation médecin - patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992)

	<i>Informatif</i>	<i>Interprétatif</i>	<i>Délibératif</i>	<i>Paternaliste</i>
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	– Fournir une information factuelle pertinente – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

Au Maroc, la relation médecin-malade est le plus souvent de type paternaliste : nous considérons que le soignant sait mieux que le malade ce qui est bon pour lui. D'autre part, le patient est devenu un client exigeant et informé.

3. Particularités de la relation chirurgien-malade [151]

3.1. La relation médecin-malade au second plan

Un « bon » chirurgien est avant tout, et pour tous (médecins comme patients), un bon opérateur. Selon les patients, c'est « quelqu'un qui pose bien ses indications et dont les malades vont bien ».

Le patient fait d'ailleurs appel à un spécialiste pour ses compétences, non pour sa personnalité. Les critères techniques passent avant les qualités humaines, au point que, pour certains chirurgiens, ces dernières sont presque un bonus dont on peut se féliciter mais qu'on ne saurait exiger de leur part.

L'activité de care est ainsi véritablement secondaire dans la perspective chirurgicale [152]. Plusieurs indices confirment d'ailleurs la place mineure qu'occupe la relation avec le patient dans l'activité chirurgicale.

Autre indice de l'aspect secondaire de la relation avec le patient dans l'activité chirurgicale : la consultation est totalement subordonnée à l'intervention chirurgicale (on parle de consultation pré- et postopératoire). La discussion n'est jamais perçue par les chirurgiens comme un moyen thérapeutique pouvant aider le patient, parce que la dimension psychosociale de la maladie est rarement considérée.

3.2. La place du patient au service de chirurgie

C'est en CHU que la relation avec le patient est réduite à sa plus simple expression, le patient étant fréquemment traité comme une « non-personne » au sens goffmanien du terme [153]. Les tours se passent en présence d'une dizaine, voire d'une vingtaine, de personnes (internes, anesthésiste, infirmières accompagnant le chirurgien) : on est loin de la situation de colloque singulier.

Pendant le tour, il est assez frappant de noter que le chirurgien parle avec le personnel soignant non pas avec le patient (à qui il pose simplement quelques questions), mais du patient ou à propos du patient, devant le patient. Celui-ci peut avoir l'impression d'être un objet [153] : parfois le chirurgien ne s'adresse d'ailleurs même pas directement à lui mais à l'infirmière : « Il a mangé ce Monsieur ? ».

La présence du patient semble souvent oubliée. Les enquêtés attribuent cela au fait que le chirurgien s'habitue à l'endormissement du patient pendant l'opération.

4. Du Paternalisme à la décision médicale partagée

Au cours des 20 à 30 dernières années, Les patients ont de plus en plus accès aux connaissances médicales notamment avec internet. L'information n'est plus qu'entre le médecin et son patient. Les patients s'informent et veulent prendre part à leurs décisions de santé. Une revue de la littérature a montré que la majorité des patients préfère partager des décisions avec les médecins dans 63% des études. [154]

4.1. La naissance de la décision médicale partagée

Le concept de décision médicale partagée se développe depuis les années 1990 en France et dans les pays anglo-saxons. La décision médicale partagée est considérée comme un mécanisme pour réduire l'asymétrie d'information et de pouvoir entre les médecins et les patients. En augmentant l'information du patient, on élève l'autonomie et favorise le contrôle sur les décisions qui affectent le bien-être de ce dernier.

Ainsi est née la décision médicale partagée. De l'évolution des sociétés occidentales à l'encadrement juridique qui l'accompagne en passant par l'éthique et l'évolution des pratiques médicales, la relation médecin-patient s'est modifiée pour faire naître un modèle de décision partagée.

4.2. Définition de la décision médicale partagée

Elle a été initialement définie par Charles C [155] :

1. Au minimum, à la fois le médecin et le patient sont impliqués dans le processus de prise de décision de traitement.
2. Tant le médecin et le patient partagent les informations l'un avec l'autre.
3. Tant le médecin et le patient gravissent les marches du processus de prise de décision en partageant leurs préférences de traitement.
4. Une décision de traitement est prise et le médecin et le patient sont d'accord sur le traitement à mettre en œuvre.

Mais le processus est dynamique et complexe. Le cadre est flexible. Il s'inscrit au fil du temps. Il ne s'agit pas d'un événement unique à un moment donné limité au patient et au médecin mais il peut impliquer de nombreuses personnes dans le temps.

Il est revisité, pour retenir au minimum :

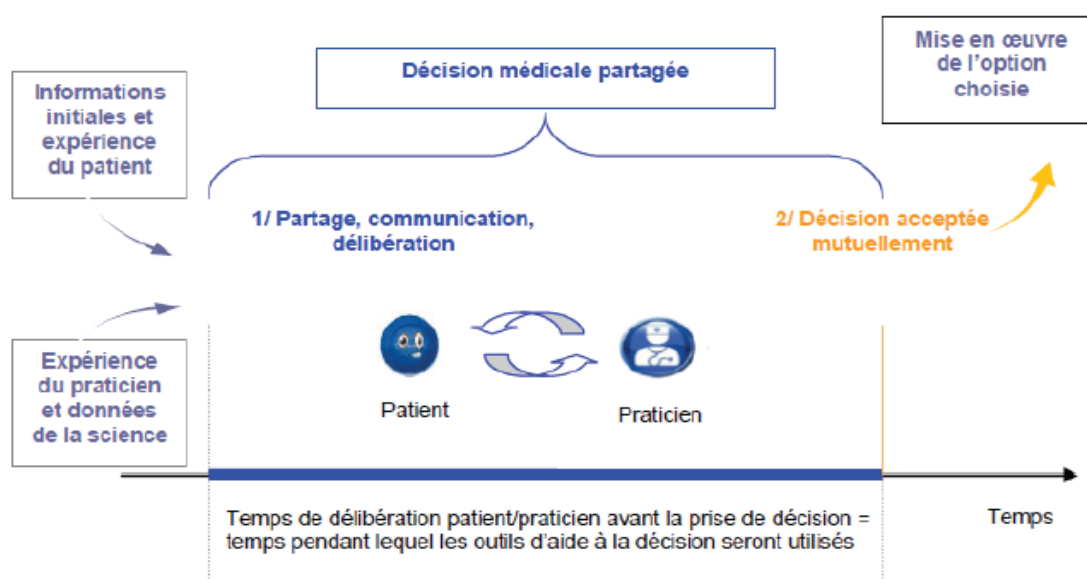
1. L'échange d'informations.
2. La délibération.
3. La décision sur le traitement à mettre en œuvre [155]

Il n'y a pas réellement de définition universelle de la décision médicale partagée dans la littérature. [156]

Dans la majorité des données on retrouve un échange d'informations, avec systématiquement la présentation des options de prise en charge et le recueil des préférences et valeurs du patient. Un processus, ensuite, fait d'étapes aboutit à un accord mutuel entre le médecin et le patient. [157]

La HAS, en 2013, schématise la décision médicale partagée comme ci-dessous :

Schéma de la décision médicale partagée par la HAS(3) :



4.3. Implication de la décision médicale partagée

Une bonne communication entre le médecin et le patient a montré une amélioration du suivi des traitements, des résultats cliniques et de la qualité de vie. Elle améliore aussi la satisfaction du médecin et du patient. Une communication satisfaisante entre le médecin et le patient permet d'accroître la participation du patient. Une plus grande participation du patient aux décisions médicales diminue leur anxiété et améliore leur santé. [158]

La décision médicale partagée favorise l'éducation thérapeutique qu'on ne peut envisager sans passer par cette dernière. [159]

La décision médicale partagée permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. [159] La recherche a conclu que la décision médicale partagée améliore les connaissances des patients sur les risques et les avantages du traitement et diminue le nombre de patients qui restent indécis quant à leur traitement. Le lien possible entre la décision médicale partagée et l'amélioration de la santé est dérivé d'un plus grand engagement des malades dans leurs soins.

Ils choisissent des traitements qui correspondent mieux à leurs valeurs et leur style de vie, ce qui améliore leur capacité à respecter les exigences de traitement.

Des premières corrélations, montrent que ces résultats pourraient être particulièrement importants pour les patients les plus en manque de connaissance en santé, les patients souvent âgés et ceux avec des niveaux d'éducation plus faibles. [158]

Un dernier enjeu de la décision médicale partagée est fondé sur le principe de solidarité.

Principe qui serait respecté, si elle entraînait la réduction du recours inapproprié aux soins. En réduisant la surutilisation de soins indiqués ou recommandés, du fait d'un recours inadapté à la demande individuelle du patient. Il ne semble toutefois pas possible à ce jour de considérer que la décision médicale partagée pourrait répondre à un enjeu financier. [159]

4.4. Effets d'une mauvaise communication médecin patient

La communication consiste en l'émission et la transmission d'un message par une personne et sa réception par autrui. C'est un processus fragile d'action et de rétroaction qui permet l'interaction entre deux individus [160]. Elle implique à la fois la parole, communication dite verbale, et la gestuelle, communication dite non verbale. Cette dernière, encore nommée méta-communication, implique entre autre le contact visuel, le placement du corps dans l'espace ou encore le toucher. C'est l'ensemble des mimiques, attitudes, intonations, signaux affectifs qui accompagnent la communication verbale [160,161]. Lors de la communication, des erreurs de codage par l'émetteur et de décodage par le récepteur sont possibles [160].

L'information délivrée par le médecin au patient peut être oubliée ou mal comprise. Les médecins relient fréquemment ce problème à un défaut de compréhension ou de mémorisation de la part du patient. En réalité, la responsabilité d'une mauvaise compréhension est aussi bien imputable à l'émetteur qu'au receveur de l'information [162].

Une information de mauvaise qualité délivrée par le médecin au patient peut altérer la compréhension de sa prise en charge [163,164], diminuer sa satisfaction [165] ou encore induire un défaut d'observance [166,167]. Dans le cadre d'une chirurgie, la combinaison de ces facteurs peut entraîner une augmentation de la douleur postopératoire voire un allongement de la durée de séjour hospitalier [168,169]. Une méta-analyse de *Ong et al* porte sur 21 études évaluant l'impact de la qualité de la communication médecin-malade sur des indicateurs de santé du patient. Dans 16 d'entre elles, les auteurs constataient une amélioration significative de certains indicateurs de santé lorsque la communication et l'information du malade étaient approfondies (diminution de l'anxiété, diminution de la durée des symptômes, meilleur contrôle de l'hypertension artérielle, meilleures cibles d'hémoglobine glyquée, meilleur contrôle de la douleur) [170]. *Schilinger et al* ont confirmé ceci en montrant une amélioration du contrôle glycémique lors de l'optimisation de la communication médecin-malade [171]. Dans une étude menée sur 97 patients bénéficiant d'une chirurgie abdominale, *Egbert et al* ont montré une diminution significative de la douleur postopératoire, de la consommation de morphiniques et de la durée de séjour hospitalier lorsqu'une information plus détaillée était délivrée en pré et postopératoire [172].

Une mauvaise information influence l'état de santé et le devenir du patient. La communication verbale, à travers le langage, est un point clef de l'interaction médecin-patient et à l'inverse de la communication non verbale, celle-ci est consciente. Elle peut être travaillée et améliorée afin d'obtenir un bénéfice sur la santé du malade. Pour que le patient puisse prendre des décisions appropriées, il est primordial que l'information délivrée soit complète et compréhensible [173].

III. L'information du malade

1. Le droit à l'information

Dans le passé la question de l'information du malade a paru écrasée sous le poids du secret professionnel. Actuellement elle lie le consentement à l'acte médical, ils sont devenus des impératifs prioritaires :

Article 4 du guide européen d'éthique médicale stipule : { sauf urgence, le médecin éclairera le malade sur les effets et les conséquences attendus du traitement. il recueillera le consentement du patient, surtout lorsque les actes proposés présentent un risque sérieux. le médecin ne peut substituer sa propre conception de la qualité de vie à celle de son patient }.

2. Les modalités de l'information

2.1. Les qualités de l'information

L'information doit être simple, appropriée et loyale [174]:

–L'information est simple : adaptée aux connaissances malades [175], et formulée en terme claire, pour qu'elle soit compréhensible et comprise [176].

–L'information est appropriée : doit tenir compte de qualité de patient, (l'âge, le sexe, convictions morales et religieuses), mais aussi de son émotivité et de ses réactions.

L'information peut être soit étalée, ralentie, ou précipitée, elle doit aussi être appropriée à la maladie et à l'enjeu thérapeutique. L'information peut être variée, car le malade passe par des phases de refus, de colère, de dépression, de dépendance, finalement l'acceptation. L'adéquation de cette information peut être déterminée qu'en fonction du patient, suivant ce qu'il exprime pour sur le moment. Elle doit aider le malade à construire ses défenses contre la maladie et ses conséquences puis ensuite se décider aux mieux ses intérêts [177].

–L'information doit être loyale : c'est-à-dire sincère sans dissimulation ou mensonges, exigeant une compétence et une objectivité afin de délivrer un message adéquat.

2.2. Les facteurs de l'information

Il paraît très important d'analyser les facteurs entrant dans l'information.

–Le malade comme nous l'avons vu.

–Le médecin qui aura sa propre façon d'informer en fonction de son caractère, sa formation, son expérience mais aussi en fonction de la gravité ou la complexité de la maladie bénigne qu'une maladie maligne.

–Le traitement : plus le traitement nécessite des contraintes plus le médecin aura obligé de dire diagnostic.

–L'image de mort : notre société musulmane est différente du modèle anglo-saxon ou latin, elle conditionne l'attitude de chacun à la maladie et au malade en fin de vie. [178]

–La loi : aux États-Unis, le diagnostic est indiqué clairement afin de signer le consentement. [179]

2.3. Les véhicules de l'information :

L'information est habituellement :

Orale : elle se réalise dans le dialogue médecin-malade soit sous forme de renseignements ou de conseils. [180]

Elle peut être aussi gestuelle et visuelle : évidente en cas de l'annonce d'un diagnostic grave.

Elle peut être écrite : [181]

–Sous forme de livrets explicatifs surtout au patient atteint de maladie chronique.

–Le dossier médical : C'est un document administratif comprenant trois parties :

- Une partie administrative contenant la fiche d'identification du patient : nom, prénom, adresse, couverture sociale, date d'entrée et date de sortie.

- Une partie médicale comprenant le diagnostic, examens complémentaires faits, la fiche de prescription, compte rendu opératoire.

- Une troisième partie concernant l'observation médicale, les lettres et les courriers d'échange entre les médecins ayant en charge le patient.

Les personnes habilitées à consulter le dossier médical : Il s'agit du médecin traitant, du médecin qui prescrit l'hospitalisation, ainsi que tout le personnel médical en contact avec le malade durant son hospitalisation, et enfin le patient lui-même. [181, 180, 182,183]

3. Le contenu de l'information

L'objet de l'information peut concerner différents aspects de la relation médecin malade. Selon ses aspects, on peut concevoir que l'obligation d'information sans changer de nature, peut revêtir des caractères différents, ainsi l'information peut porter sur :

- L'aspect médical concernant les différentes étapes de l'acte médical qu'il soit diagnostique, thérapeutique ou pronostique. [184]

- L'aspect économique.

- L'aspect psychosocial : concernant la qualité de vie, l'hygiène, la relation avec l'entourage, l'information sur les conditions d'accès aux soins, la prise en charge et la qualité d'accueil.

IV. Le Droit au consentement

Les termes consentement et assentiment viennent de latin (consentir) être du même sentiment, être d'accord, assentir : donner son accord [185].

Rechercher le consentement du malade pour les soins qu'on lui administre, est une pratique récente. Ces dernières années, on s'écarte du principe éthique de bienfaisance qui conférait au médecin le droit d'agir pour le bien du malade par simple intention charitable pour évoluer vers une conception dite kantienne, basée sur le respect de l'autonomie et la liberté de décision du malade[186] [185].

Lorsque ce principe prévaut, il est incorrect d'imposer à un autre ce qu'on juge être son bien, on doit lui faire ce qu'il veut pour lui-même, et/ou obtenir son adhésion libre et de l'informer à ce qu'on propose de lui faire. il ne faut pas aboutir à le responsabiliser excessivement au point de le laisser se débrouiller tout seul [187]

L'acte de consentir suppose : la compréhension, la liberté et la compétence [185] [188] [189]

1. L'acceptation des soins

Accepter les soins qui sont proposés est un droit élémentaire qui semble évident. L'évidence est telle que le malade recevant les soins de son médecin, lui donne un accord tacite, il est plus fréquent explicite soit exigé pour permettre une meilleure protection du droit de l'accord aux soins [190] [191]

Il est des cas, cependant, où l'accord ne peut être recueilli et le malade doit alors être soigné sans son consentement [187]

2. L'accord est la règle

Le consentement aux soins peut être direct ou indirect, il est direct lorsque le malade est in conscient.

Lorsque le malade est conscient, le consentement doit être libre éclairé, exprès et renouvelé :

Libre : le malade ne doit subir aucune pression de quiconque pour prendre de décision de consentement. C'est ainsi qu'un consentement obtenu sous l'influence de l'erreur, du dol ou de la violence, est vicié et n'est pas par conséquent considéré comme consentement valide (article 38 et 39 du code marocain des obligations et des contrats). [192]

Exprès : c'est-à-dire spécifique, il doit être recueilli à l'occasion de la mise en œuvre d'une thérapeutique ou d'un geste chirurgical et des pratiques d'examen aussi bien invasives que non invasives, y compris les analyses médicales.

Éclairé : par une information suffisante pour aider à prendre une décision. Cette nécessité ne libère pas autant le médecin de donner au malade son meilleur jugement. Le consentement éclairé, ne veut pas dire que le médecin se borne à expliquer les deux côtés du problème, et demander ensuite au malade de se décider. Le médecin doit exposer le problème, donner son avis au patient et essayer de comprendre les sentiments de celui-ci en l'invitant, si le malade a de sérieux doutes, ou s'il doit prendre une grave décision à consulter un autre médecin.

Renouvelé : Le consentement du patient ne peut pas être recueilli au moment de l'admission et valoir pour tous les actes subis par le malade durant son séjour à l'hôpital. Le consentement devra être donné pour un ou plusieurs actes précis et ne pourra autoriser un médecin ou chirurgien à pratiquer une intervention non prévue quelle qu'en soit par ailleurs l'opportunité. [193]

Le consentement ne doit pas être précipité, sauf urgence. il est contraire souhaitable de laisser au malade un temps raisonnable, pour lui permettre de réfléchir, de prendre un autre avis, auprès des proches, ou d'autres médecins, avant de donner son accord [184]

Le consentement peut être rompu à n'importe quel moment du contrat médical [194]

3. Les exceptions au principe du consentement et d'information.

Le consentement d'un patient n'est jamais définitivement acquis, un patient doit pouvoir le retirer à tout moment. Plusieurs textes posent ce principe notamment, la convention européenne de bioéthique selon laquelle : « une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ...

A cet égard, deux dispenses au principe du consentement et par conséquent au droit à l'information préalable méritent d'être mentionnées. Il s'agit de l'urgence et la volonté du patient.

3.1. L'urgence.

C'est le cas où l'état du patient rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas en mesure de consentir. Cette situation se rencontre lorsqu'un patient perd connaissance à la suite d'un accident de la circulation et se trouve en état comateux, souffre d'un traumatisme crânien ou d'une sénilité profonde ou encore lorsqu'une intervention médicale d'urgence est souhaitée, là le médecin peut agir évidemment sans le consentement du patient. Son action est justifiée par l'état de nécessité.

L'article 25 du code de déontologie marocain dispose à cet égard : « Appelé d'urgence auprès d'un mineur ou autre incapable et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, le médecin doit user immédiatement de toutes ses connaissances et de tous les moyens dont il dispose pour parer au danger menaçant : il ne peut cesser ses soins qu'après que tout danger est écarté ou tout secours inutile ou après avoir confié le malade aux soins d'un confrère».

Par ailleurs, la jurisprudence marocaine n'est pas restée muette sur ce sujet. Dans un arrêt rendu par la cour suprême le 26 mai 1994 [195], dans une affaire de faute médicale, les juges avaient affirmé clairement que : «...lorsqu' un malade accède à un hôpital et lorsque son état de santé exige la réalisation d'une opération son consentement ou non n'est pas pris en considération...». [196]

Néanmoins, si la famille proche est présente, le praticien doit solliciter son autorisation. Selon le code de déontologie médicale français : « la volonté du malade doit toujours être respectée dans la mesure du possible. Lorsque le malade est hors état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent, sauf urgence ou impossibilité, être prévenus et informés»(Article7).

En outre, l'article 30 du code de déontologie médicale marocain affirme que le médecin après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse et surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision.

3.2. La volonté du patient

La volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic quel que soit le caractère de gravité de ce dernier constitue la seconde exception au principe susvisé.

La question qui se pose est la suivante : que doit faire un médecin face à un malade majeur, conscient et capable qui refuse un traitement nécessaire, voire vital pour lui-même ?

Dans cette hypothèse deux obligations déontologiques s'opposent : celui du droit de la personne au consentement préalable aux soins et pour lequel chacun a droit au respect de son corps qui est inviolable et celui de l'assistance à une personne en péril.

De ce fait, le médecin est tenu de respecter la volonté du patient qui rentre dans le droit de disposer de son corps à condition que ce refus soit écrit et exprimé en présence de l'équipe médicale qui dresse, à cet égard, un procès inclus par la suite au dossier médical dudit patient. L'article 31 du code de déontologie marocain dispose : « Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection. Mais il doit l'être généralement à la famille. Le malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite. »

4. Le statut des patients particuliers

A part le cas du patient qui peut jouir librement de son droit à l'information et au consentement, il se trouve que certains sont privés de cet avantage à cause de leur âge, maladie ou même statut juridique, allusion est faite aux mineurs, malades mentaux, Le cas du patient hors d'état d'exprimer sa volonté, ainsi que les prisonniers.

4.1. Le Mineur

Dans le cadre de l'activité médicale, la relation qui lie le praticien à son patient est liée par un contrat dit contrat médical. La validité dudit contrat est soumise au respect des conditions générales posées par le code des obligations et des contrats, notamment celles relatives à la capacité. L'article 2 du Dahir des obligations et des contrats. énonce :« les éléments nécessaires pour valider des obligations qui dérivent d'une déclaration de volonté sont : la capacité de s'obliger...».

Ceci dit, le mineur qui a contracté avec un médecin pour subir un acte médical ou chirurgical (avortement, chirurgie esthétique...), sans l'autorisation de son autorité parental, tuteur ou curateur, n'est obligé à raison des engagements pris par lui et peut en demander la rescision sauf si son représentant légal valide cette obligation par son approbation, tel qu'il ressort de l'article 4 du dahir des obligations et des contrats.

Toutefois, appelé d'urgence auprès d'un mineur et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, le médecin doit user immédiatement de toutes ses connaissances et de tous les moyens dont il dispose pour parer au danger menaçant. Il ne peut cesser ses soins qu'après que tout danger est écarté ou tout secours inutile ou après avoir confié le malade aux soins d'un confrère [197].

Le mineur, en tant qu'incapable, ne figure pas en personne sur la scène juridique. Il n'émet pas lui-même la volonté qui formera le contrat. La loi, lui impose un représentant dit représentant légal, qui va agir en son nom et pour son compte. Le mécanisme de cette représentation met en œuvre la notion de pouvoir qu'il convient de distinguer de la notion de capacité [198].

A l'inverse, le représentant légal ne peut autoriser toutes les interventions car il doit respecter l'intégrité de la personne du mineur. Dans la pratique, le problème se pose rarement. Le médecin ne recherche le consentement du représentant légal de l'enfant que dans les cas où il souhaite le convaincre de l'intérêt d'une tentative difficile, voire d'une expérimentation thérapeutique. [199]

Dans les cas de défaillance grave des parents qui mettent en péril la santé de leur enfants, le médecin peut aujourd'hui être conduit soit à intervenir personnellement soit à provoquer l'intervention des autorités publiques compétentes en vue de faire ordonner l'hospitalisation d'un mineur ou une opération sur la personne d'un enfant déjà hospitalisé. [200]

4.2. Le Malade mental

Le malade mental se voit reconnaître le droit à des soins et des traitements conformes aux mêmes normes que les autres malades. De ce fait, le praticien doit tendre à préserver et à renforcer son autonomie personnelle et doit tout tenter pour informer le patient de la nature du traitement, pour le faire participer, dans la mesure du possible, à l'application du traitement.[201] Mais il existe des cas où le consentement du malade au traitement proposé n'est pas exigé, comme par exemple:

- Lorsque le malade fait l'objet d'un placement psychiatrique d'office ;
- Lorsqu'une autorité indépendante et qualifiée est convaincue que le patient n'a pas, au moment considéré, la capacité de donner ou de refuser son consentement en connaissance de cause ;
- Lorsque l'autorité indépendante est convaincue que le traitement proposé répond au mieux aux besoins de la santé du patient ;

–si un praticien de santé mentale qualifié, habilité par la loi, conclut que ce traitement est nécessaire pour prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui.

4.3. Le cas du patient hors d'état d'exprimer sa volonté

L'article 5 de la loi Léonetti en France indique que lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale Français, et sans que la personne de confiance prévue à l'article L 111 1-6, ou la famille ou bien, à défaut, un de ses proches, et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés.

La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical ».

De manière éthique, dans le cas de la personne âgée non communicante et donc incapable d'exprimer sa volonté cet article peut s'appliquer à toute décision thérapeutique.

4.3.1. La procédure collégiale et le Code de déontologie médicale

La procédure collégiale à respecter en cas d'impossibilité pour le patient d'exprimer une opinion est précisée dans les articles R.4127-1 à R.4127-112 du code de santé publique Français. [202]

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et ce consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont lieu au sein de l'équipe de soin ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient »

La notion de consultant est définie à l'article 60 du code de déontologie Français : c'est un médecin qui dispose des connaissances et de l'expérience nécessaire pour juger de la situation sans être obligatoirement un spécialiste ou un expert de la question, ni même un

spécialiste de l'éthique. De plus il dispose d'un recul et d'une impartialité face à la situation car il ne participe pas aux soins et est étranger à l'équipe qui prend en charge le malade.

La loi n'exige pas qu'il y ait de consensus entre les médecins pour que la décision soit prise; celle-ci appartient au final au médecin prenant en charge le patient. Elle engage sa responsabilité.

4.3.2. La personne de confiance

Toute personne majeure qui n'est pas sous tutelle peut désigner une personne de confiance. Il s'agit d'un droit pour le patient mais pas d'une obligation.

Cette notion est apparue dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et elle est définie par l'article L.1111-6 du code de santé publique Français.

Il s'agit d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant du patient, désigné par écrit par celui-ci.

La désignation est révocable par le patient à tout moment et la personne sollicitée peut refuser ce rôle.

Le texte ne précise pas si la personne de confiance peut être mineure ou sous tutelle.

La révocation peut se faire oralement ou par écrit.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, la personne malade est incitée à désigner cette personne de confiance et cette désignation reste valable pendant toute la durée de l'hospitalisation à moins que le patient n'en décide autrement.

Il ne peut y avoir qu'une seule personne de confiance à la fois.

En cas de personne majeure sous tutelle, ces dispositions ne s'appliquent pas. Le juge des tutelles peut alors soit confirmer la mission de la personne de confiance qui aurait été antérieurement désignée par le patient, soit révoquer la désignation de celle-ci.

La personne de confiance peut accompagner le patient lors des consultations médicales, l'aider à prendre des décisions et l'assister dans ces démarches. La loi prévoit donc une

déroger au secret médical en autorisant la personne de confiance à assister aux entretiens médicaux, sans que sa présence soit pour autant obligatoire.

Elle peut par ailleurs être consultée par les médecins dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires. Son rôle reste cependant consultatif et non décisionnel.

Il faut noter que la personne de confiance n'est pas titulaire du droit d'être informée sur l'état de santé du patient et qu'elle ne dispose pas d'un droit d'accès à son dossier médical.

Il paraît donc important que les patients soient informés de la possibilité de désigner une personne de confiance et surtout du rôle de celle-ci, afin que ce choix soit réfléchi et qu'il ne soit pas uniquement une formalité administrative de plus à remplir lors d'une hospitalisation.

4.3.3. Les directives anticipées

Elles sont définies par l'article L. 1111-11 en ces termes : « toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie, concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment ».

Les conditions de validité et de conservation de ces directives anticipées ont été définies par le décret n°2006-119 du 6 février 2006. [203]

Il faut retenir essentiellement que leur durée de validité est de 3 ans, qu'elles sont révocables à tout moment et que leur conservation se fait préférentiellement dans le dossier médical du patient.

Elles peuvent cependant être conservées par leur auteur ou par sa personne de confiance.

Elles doivent être accessibles aisément par le médecin qui est amené à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

Lorsqu'il est dans l'impossibilité physique d'écrire ou de signer les directives anticipées, mais quand même en état d'exprimer sa volonté, le patient peut demander à sa personne de confiance ou à un tiers de les rédiger à sa place.

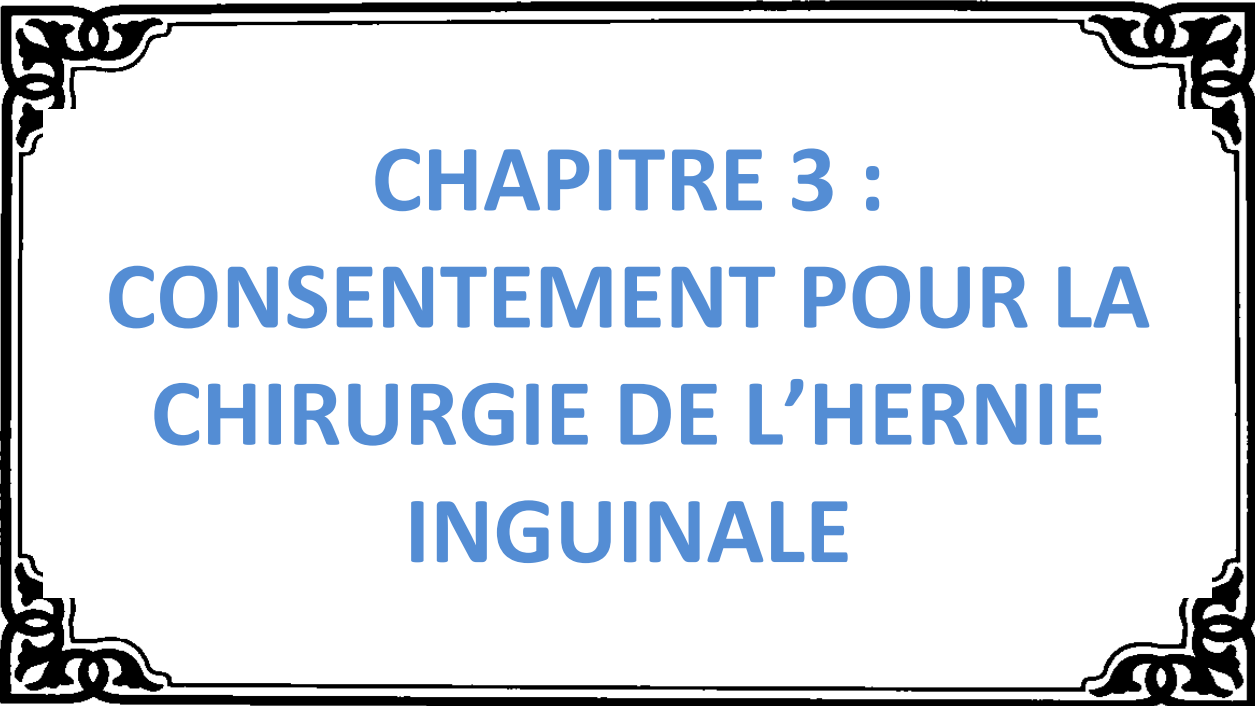
Un patient peut signaler au moment de son hospitalisation qu'il a rédigé des directives anticipées et quelles sont les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

Elles ne s'imposent pas au médecin mais doivent être prises en compte. La décision finale reste cependant du ressort du médecin.

4.4. Les patients prisonniers

En cas de maladie, les détenus doivent être soignés dans leur cellules ou à l'infirmerie de l'établissement. Ils ne bénéficient pas de la liberté de choisir leur médecin vu leur situation, ce qui constitue une atteinte à leurs droits en tant que patient. En outre, les conditions dans lesquelles sont faites les consultations ne permettent pas aux malades de bénéficier de leur droit à l'intimité puisqu'elles se déroulent en présence du personnel de surveillance qui parvient à obtenir diverses informations sur le patient, qui en principe devrait rester un secret médical. Lorsqu'ils sont atteints d'affections épidémiques ou contagieuses ou lorsque les soins que nécessite leur état de santé ne peuvent être donnés à la prison, les détenus malades doivent être transférés, sur prescription médicale et avis donné à l'administration ainsi qu'à l'autorité judiciaire compétente, à l'hôpital le plus proche. L'article 127 de la loi 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires prévoit que : « toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou combattre les épidémies et les maladies contagieuses sont prises par le directeur de l'établissement en accord avec le médecin et, le cas échéant, avec les autorités administratives locales, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation des malades, la mise en quarantaine... ».

Toutefois, lorsqu'il y a lieu d'effectuer une intervention chirurgicale, le chef d'établissement pénitentiaire doit demander au détenu son assentiment écrit à l'opération, au même titre que le mineur où c'est le consentement de son représentant légal qui doit être recueilli à moins que l'opération ne puisse être différée sans danger. [204]



CHAPITRE 3 : CONSENTEMENT POUR LA CHIRURGIE DE L'HERNIE INGUINALE

I. Qui doit informer ?

C'est au praticien que revient la délicate mission d'informer son patient. Si plusieurs praticiens interviennent, il revient chacun d'eux d'informer pour ce qui le concerne : pour un acte diagnostique ou thérapeutique qu'il prescrit ou qu'il réalise personnellement.

Dans le cadre de la chirurgie de l'hernie inguinale, Le chirurgien doit bien sûr être rassurant mais il doit cependant informer le patient sur tous les risques de l'intervention chirurgicale, comporte, risques liés à l'anesthésie et risques liés à l'intervention elle-même.

II. Qui doit-on informer ?

L'information doit être délivrée en entretien individuel au patient, éventuellement en présence de la personne de confiance s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeurs protégé. Les buts sont d'éclairer le patient sur son état de santé, lui décrire la nature et le déroulement des soins, lui fournir les éléments permettant de prendre la décision d'accepter ou de refuser les actes diagnostiques ou thérapeutiques qui lui sont proposés, consolider la relation de confiance et obtenir sa participation active aux soins.[205]

Il faut utiliser un vocabulaire approprié, l'utilisation de modèles ou de photographies peut aider à la compréhension. La délivrance d'un papier, même signé par le patient ne garantit pas la compréhension et n'affranchit pas le chirurgien de son devoir d'information et de conseil. [205]

III. Evaluer la capacité à consentir

Une information, même délivrée de façon claire, loyale et appropriée n'est pas toujours comprise.

Christian Hervé et coll [206] ont étudié les résultats d'un questionnaire rempli par 51 patients diabétiques chez qui un prélèvement ADN a été effectué, après consentement éclairé, dans le cadre d'une recherche génétique sur le diabète. Quelques semaines après la fin du protocole, aucun des patients ne se souvenait avoir donné de l'ADN et aucun ne se souvenait avoir signé un consentement, 29% se rappelaient avoir participé à un protocole de recherche

médicale et seuls 16% connaissaient le rôle de l'ADN.

Pour mesurer l'autonomie, il convient d'évaluer la « compétence » du patient. Il faut évaluer sa capacité à comprendre et à manipuler l'information reçue. Il doit pouvoir prendre des décisions sur la base de cette information en sachant justifier cette décision. Le niveau de compétence requis doit être proportionné à l'importance et à la gravité de la décision à prendre.

Dans le cadre d'une chirurgie de l'hernie inguinale programmée, la recherche du consentement doit être systématique lors de la consultation préopératoire et après avoir donné les informations nécessaires au patient. Ainsi, c'est cette aptitude à consentir qu'il faut évaluer. Dans le cas où la personne majeure sous protection est inapte à consentir, c'est le tuteur, curateur ou mandataire qui peut consentir aux soins lorsque la balance bénéfices-risques lui aura été expliquée.

Enfin, même avec l'accord du tuteur, curateur ou mandataire, il arrive que la personne sous protection refuse catégoriquement le soin; c'est alors au tribunal d'autoriser le traitement malgré le refus.

Dans le contexte de l'urgence, le cas d'une hernie inguinale étranglée par exemple le chirurgien peut donner des soins sans consentement si le pronostic vital est engagé et lorsqu'il est impossible de joindre le tuteur, curateur ou mandataire en temps utile.

Il faut aussi évaluer la liberté du patient : Le consentement n'est pas valide si la personne agit sous la contrainte extérieure (menace, chantage, pression d'une récompense, etc...) ou si le patient fait l'expérience de contraintes intérieures fortes (dépression, etc...) [207]

IV. Obtenir le consentement éclairé

Les fondements de l'obligation d'informer qui incombe au chirurgien sont évidents. Le droit à l'intégrité physique implique que le patient puisse accepter ou refuser une intervention qui lui est proposée. Il doit pouvoir donner son consentement en toute connaissance de cause et c'est pourquoi il doit disposer de toutes les informations pertinentes.

Le contenu de l'information à délivrer dépend des raisons pour lesquelles il est fait appel au chirurgien. En général, la question du patient ne sera pas formulée de manière spécifique, mais il s'adressera au chirurgien en faisant état de ses doléances. Il est dès lors beaucoup plus difficile de déterminer un cadre normatif au sein duquel le contenu de l'information doit être apprécié. [208]

1. Informations à donner

Le consentement doit être sous-tendu par une information de qualité à laquelle tout professionnel de santé est tenu. Après avoir été informé, le malade peut, s'il en est capable, accepter ou refuser le traitement qui lui est proposé.

Concernant les caractéristiques de l'information de nature à éclairer le consentement, la Chambre civile de la Cour de cassation Française soulignait le 21 décembre 1961, qu'elle devait être "simple, approximative, intelligible et loyale ". Plus récemment, le 14 octobre 1997, elle était qualifiée comme devant être "loyale, claire et appropriée".

L'information délivrée par le praticien doit reposer sur les données acquises de la science. Cette information ne s'arrête pas à la fin de la consultation, et le praticien peut compléter ou revenir sur des données déjà délivrées au patient si les connaissances scientifiques ont évolué entre temps. Ce qui impose un devoir d'actualisation permanente des connaissances de la part du chirurgien.

L'information délivrée doit donc inclure L'état du patient, son évolution prévisible, et les investigations ou soins nécessaires, la nature, les risques et les conséquences du traitement proposé, les suites normales d'un traitement ou d'une intervention, et les risques des examens complémentaires ou des soins. [209] 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, les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [210]

Les éléments de l'information à délivrer au patient sont explicités par la jurisprudence :

Caractère approprié : l'information doit expliciter les risques sans se borner à des généralités.

Risques fréquents et prévisibles : une bonne distinction entre les risques prévisibles, et risques exceptionnels, permettrait d'éviter au praticien de compliquer l'utilité de l'information et d'alourdir la compréhension du patient. Informer le patient de tous les risques même les plus rares semble le terroriser psychiquement. Le champ de l'information s'élargit lorsque l'acte thérapeutique n'est pas urgent et grave (chirurgie esthétique) [209]. La douleur prolongée est la plainte la plus fréquente après la chirurgie herniaire, que ce soit celle liée à l'irritation neurologique ou d'origine purement musculaire ou viscérale [110,111]. Mais aussi considéré fréquents, le serome au niveau de l'aîne, ecchymose et l'hématome.

Les risques connus : sont les risques dont l'existence est connue au moment où cette information est délivrée. Et si des risques deviennent connus après un acte de soins toujours en cours, le praticien doit en informer le patient. [210].

Risques graves : L'information doit porter sur les risques qui, par leur gravité, sont de nature à avoir une influence sur la décision du patient pour permettre au patient d'exercer son libre arbitre d'accepter ou de refuser les investigations ou les soins. La notion de risques graves a même laissé la place à celle d'inconvénients pour lesquels l'information doit être exhaustive. [209]. En chirurgie de l'hernie inguinale, une hémorragie suite à une lésion des vaisseaux iliaques externes est considérée comme grave, Elle doit être reconnue et réparée. Ainsi que les lésions viscérales, généralement les lésions de la vessie, l'intestin et l'uretère.

Risques exceptionnels : Un risque exceptionnel est un événement négatif dont la fréquence est inférieure à 2%. L'information que doivent délivrer les praticiens doit porter sur tous les risques potentiels qualifiés de graves, quelles que soient leur fréquence. Les risques graves sont ceux qui sont de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes, ou même esthétiques graves compte tenu de leurs répercussions psychologiques et sociales.

Le critère qualitatif remplace donc le critère quantitatif. La distinction s'effectue désormais entre les risques mineurs et tous les risques graves même exceptionnels, ces derniers devant être aussi portés à la connaissance du patient. [200] par exemple en chirurgie de l'hernie inguinale le risque d'orchite ischémique reste exceptionnel, mais qualifié de grave. [85]

Rappelons que l'information du patient peut être modulée dans l'intérêt du malade en fonction du contexte, de sa personnalité et de sa psychologie du moment. [212]

Il convient de souligner l'obligation d'une information sur les frais auxquels le patient pourrait être exposé à l'occasion d'activités de prévention et de soins et les conditions de leur prise en charge. Ainsi, le chirurgien doit, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. [213]

2. Obligation de Conseil

L'obligation d'informer doit également s'associer à une obligation de conseil. L'obligation de conseil se situe au-delà de la simple mission d'information, elle relève d'un parti pris thérapeutique du chirurgien guidé par l'intérêt de son patient (l'obligation de conseil n'exclut donc pas des réserves diverses qui peuvent être formulées). Le patient vient, en effet, fréquemment chercher une solution thérapeutique adaptée à sa pathologie, plutôt qu'une simple information de principe. [214]

Au delà des soins et de l'information, le chirurgien a aussi un important rôle d'éducation thérapeutique envers ses patients, notamment au niveau de l'hygiène de vie et de la maintenance des traitements.

L'Organisation Mondiale de la Santé a souligné en 1998 quatre points importants sur l'éducation thérapeutique des patients et leur information :

- Il est important de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie.

- L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.

- L'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.

- La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

(OMS - Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Octobre 1998)

Suivre ces quatre points est important dans la cure des hernies inguinale, en particulier dans la prévention des complications postopératoires. Il est fondamental que le chirurgien devienne un conseiller efficace et un guide pour aider à exercer l'autonomie des patients et les former sur les concepts en jeu. Ceci nécessite une réelle approche d'éducation à l'hygiène, à la santé et un approfondissement de la réflexion éthique.

3. Garder une trace du consentement

Le consentement dans les pratiques de soins peut demeurer verbal et n'a pas besoin d'être écrit. Il reste ainsi conforme à l'esprit de l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 qui définissait la nature de la relation contractuelle entre un patient et son médecin : « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon de guérir le malade du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité également contractuelle».

La loi n'exige pas toujours d'écrit, mais souligne l'importance de la relation et de l'échange avec le patient. D'une manière générale, la relation de soin s'apprécie en termes de sincérité, et non pas de formalités.

L'article R.1112-2 du Code de la Santé Publique Français indique qu'il ne doit figurer de consentement écrit du patient ou de son représentant légal que « *pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire* ».

De multiples dispositions soumettent la pratique de certains actes à un consentement écrit, cependant peu d'entre elles peuvent concerner directement le chirurgien viscéral :

- Les prélèvements de tissus ou de cellules du corps humain et leurs dérivés (prélèvements pour analyse anatomopathologique d'une lésion)

- Les interventions chirurgicales sur un mineur

–Les examens des caractéristiques génétiques.

En dehors de ces dispositions prévues par la loi, le consentement écrit n'est donc pas obligatoire.

La jurisprudence s'est toujours montrée très réticente quant à tout ce qui pouvait conduire à une formalisation excessive de ce consentement. L'information cosignée n'est donc pas une décharge de responsabilité pour le praticien, et la démarche peut, au contraire, provoquer la méfiance du patient. [215]

Ainsi, l'écrit, lorsqu'il n'est pas obligatoire, est utile pour solenniser le moment, témoigner de l'attention que porte le praticien à sa relation avec le patient et marquer l'importance du consentement de celui-ci. En revanche, il devient inutile et dangereux s'il n'est que formel, et risque de créer une inquiétude, voire une angoisse. [216] L'écrit signé par le patient peut être perçu comme un acte de défiance et de protection et pourrait avoir comme conséquence néfaste de dispenser certains praticiens peu consciencieux d'un entretien complet avec le patient.

Enfin, de nombreux praticiens et juristes soulignent que la relation praticien patient doit rester dans l'oralité comme le montrent les études d'Yves Bertrand Noel NDJANA. [217]

Le dossier médical personnalisé est une solution intéressante. C'est la raison pour laquelle le Conseil National de l'Ordre accompagne positivement cette évolution technologique qui à ce jour reste encore à concrétiser. [218]

L'obligation de tenir un dossier médical apparaît dans le Code de Déontologie Français, à l'article 45 : « le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. »

La bonne tenue du dossier médical est primordiale. Un dossier complet et bien tenu est une preuve majeure de bonnes pratiques en cas de litige entre le patient et son chirurgien.

Des formulaires ou des fiches d'information et de consentement peuvent être utilisées comme une aide à la compréhension du patient, mais ils ne sont pas suffisants pour apporter la preuve de la bonne information de ce dernier. Ils ne sont qu'un des éléments de l'ensemble

du processus d'information. C'est la conviction, mise par le médecin dans son information pour aider le patient à prendre la décision adaptée, qui prime.

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, comme précisé dans l'arrêt Hédreul. Antérieurement cette preuve était à la charge du patient.

En chirurgie de l'hernie inguinale, l'écrit signé par le patient n'est pas le moyen le plus adapté pour apporter la preuve d'une bonne information. De plus, il est contraire à la nature de la relation médecin-patient. Des éléments beaucoup plus pertinents peuvent être retenus comme la tenue du dossier médical dans lequel le médecin doit exposer ce qu'il a expliqué au patient, la mise à disposition de documents et de brochures d'information pédagogiques, le temps de consultation consacré au patient, les bonnes pratiques organisationnelles, le contenu des courriers échangés entre confrères et dont le double a pu être remis au patient, cette pratique étant de plus en plus recommandée, d'autant qu'elle s'inscrit dans la logique du libre accès du patient à son dossier médical. [219]

4. Sanctions et notion de « perte de chance »

En droit, la théorie de la responsabilité civile professionnelle repose sur le principe selon lequel le préjudice causé à autrui doit être indemnisé. Partant de cette base, les textes et la jurisprudence, sont parvenus à un critère reposant sur trois points : [220]

–**La faute** : le chirurgien est tenu d'une « obligation de moyens », par opposition à « l'obligation de résultat ». Cela signifie que le praticien est tenu de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour apporter à son patient des soins en accord avec les données acquises de la science, mais ne peut être tenu de parvenir obligatoirement à la guérison. Il commet une faute professionnelle si les soins qu'il pratique ne sont pas reconnus par la science comme les mieux adaptés au cas qui lui est soumis.

–**Le préjudice** : le patient consulte le professionnel de santé pour parvenir à la guérison de ses pathologies, à la fin de ses souffrances, ou à la récupération fonctionnelle. Si les soins pratiqués parviennent au résultat inverse, c'est-à-dire à une aggravation de son état ou à l'apparition d'une nouvelle pathologie, le patient subit un préjudice au lieu de bénéficier d'une amélioration.

–**Le lien de causalité** : si l’existence d’une faute professionnelle est établie, et si une aggravation est constatée, il faut démontrer que cette faute a bien été cause de l’aggravation.

Le lien de causalité est la plupart du temps le plus subtil à établir des trois critères énumérés ci-dessus.

Mais dans le cas où la faute reprochée au praticien est un défaut d’information, ne permettant pas à ce dernier de donner un consentement réellement éclairé, ce n’est pas cette faute qui est la cause d’une aggravation de son état ou de ses souffrances, ce sont les actes médicaux subséquents en eux-même.

La trilogie décrite ci-dessus est dès lors composée d’un préjudice, l’aggravation de l’état de santé, d’une faute, l’absence de consentement éclairé faute d’une information suffisante, mais il manque le lien de causalité entre la faute et le préjudice dans la mesure où l’aggravation est causée par le geste médical ou par l’évolution de l’affection, mais pas par ce défaut d’information. Pourtant ce défaut d’information, qui conditionne la notion d’absence de consentement éclairé, est une atteinte à la déontologie médicale.

La jurisprudence a ainsi élaboré la notion de « perte de chance », selon laquelle le patient peu ou mal informé perd la chance qui lui est offerte de refuser le soin qui lui est proposé en considération des risques qu’il présente.

Le juge ayant à traiter une telle procédure, doit rechercher si le patient a ou non reçu de son praticien une information le mettant en mesure d’apprécier réellement le risque encouru, l’alea thérapeutique, et de prendre en connaissance de cause la décision d’accepter ou de refuser le traitement proposé.

La jurisprudence a adopté le principe selon lequel l’indemnisation de la « perte de chance » ne saurait être strictement égale à l’indemnisation du préjudice physiologique subi par le patient, mais seulement à une partie de ce préjudice, le reliquat étant imputable, en l’absence de toute autre faute du praticien, à l’inévitable alea thérapeutique. [220]

5. Le refus de soins

Le chirurgien ne peut plus imposer un acte thérapeutique qu'il juge indispensable.

Il doit élaborer une stratégie de prise en charge tenant compte de la volonté du malade et de l'éventuelle gravité de la pathologie.

Le droit de donner ou non son consentement est une liberté fondamentale. Le médecin confronté à un refus de soins, doit tout mettre en œuvre pour obtenir le consentement.

À défaut de l'obtenir, il ne peut intervenir contre la volonté du patient qu'en cas de mise en jeu du pronostic vital, en ne pratiquant que les actes indispensables et proportionnés à l'état du malade.

Le respect du refus de soins émanant du patient fait partie de la relation médecin-malade, il est essentiel du point de vue éthique dans une société issue d'une tradition philosophique de respect de la personne et de son autonomie. [221]

En cas de refus de soins, le praticien doit trouver un équilibre entre :

–Le respect de la volonté du patient: « Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences » (art. 36 du Code de Déontologie Médicale)

–Son devoir impératif d'assistance et de soins : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires » (223.6 du Code pénal)

–Son obligation d'assurer personnellement au patient des soins fondés sur les données acquises de la science : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents» (art 32 du Code de déontologie médicale).

Le patient peut ne pas accepter une proposition de soin. De son côté, le praticien ne souhaite pas se voir reprocher une absence de soins ou des soins incomplets : pour cela il ne

doit pas accepter trop facilement de s'abstenir, ce qui pourrait être considéré comme une omission de porter secours, ni passer outre le refus et imposer les soins, ce qui irait à l'encontre du respect de l'autonomie et de la liberté individuelle du patient.

5.1. Validité du refus et autonomie

Dans tous les cas, il faudra évaluer la présence ou non d'une autonomie de pensée du patient. Dans la pratique, il s'agit de savoir si le patient est capable d'argumenter sa décision. Le sujet autonome est capable de comprendre une information médicale et d'y exercer son esprit critique.

Il est essentiel de toujours faire une analyse approfondie d'un refus de traitement. S'agit-il d'un trouble dans la compréhension de la situation par le malade, s'agit-il d'un défaut de raisonnement, de l'expression d'une opposition au praticien ou bien d'un véritable refus rationnel et réfléchi ? Encore une fois, il convient dans ce cas d'évaluer la «compétence» du patient. Il faut évaluer sa capacité à comprendre et à manipuler l'information reçue.

Alors, lorsque la situation l'exige, la bienfaisance peut s'opposer à l'autonomie, aboutissant au non respect du refus de soins, au nom d'un argumentaire médical.

Il faut dès lors pour agir de la sorte envisager les fondements permettant ce type d'approche, comme énoncés par G. Moutel : [221]

- Une évaluation du rapport bénéfice/risque du traitement,
- La mise en œuvre d'une approche excluant les violences physiques et traumatisantes pour le patient et l'équipe,
- Avoir comme principe qu'une forme d'adhésion devra toujours être cherchée,
- Ne pas considérer cette perte comme définitive ou totale,
- Maintenir une relation consacrant la dignité du patient en continuant à dialoguer et dispenser l'information pour préserver la dignité du patient.

5.2. Gérer le refus de soins

Le Comité consultatif national d'éthique Français a proposé en 2005 des pistes de réflexion [283] qui peuvent servir de fil conducteur pour gérer le refus de soins.

Cinq points s'en dégagent :

–**Eviter que les décisions importantes ne soient prises qu'en situation critique.** Il faut anticiper les situations, afin d'éviter que ne surgissent des conflits lors de la décision de mise en œuvre d'un traitement susceptible de provoquer un refus.

–**Promouvoir un sentiment de reconnaissance mutuelle.** En dehors d'une situation d'extrême urgence le praticien ne doit jamais imposer de solution thérapeutique, il ne doit pas adopter d'attitude de fuite, d'abandon ou de chantage. Sa responsabilité est celle du maintien du soin en respectant au maximum les décisions d'un malade qui doit pouvoir comprendre les obligations morales de celui qui le soigne.

–**Ne pas céder à l'obsession du concept de "non-assistance à personne en péril"** qui ne doit pas occulter une relation médecin/malade fondée sur la confiance. Même s'il faut se protéger par une mention écrite de ce refus.

–**Recourir à un deuxième avis et à un processus de médiation.** Les tierces personnes peuvent faire prendre conscience, au malade et au médecin, de la reconnaissance qu'ils peuvent avoir mutuellement. La notion de personne de confiance prend ici toute sa signification. L'importance des psychologues et du personnel soignant ne peut être que soulignée. L'objectif est de juger la valeur de ce refus. Pour autant, il ne s'agit pas de remettre à un tiers la responsabilité de la décision.

–**Accepter de passer outre un refus de traitement dans des situations exceptionnelles** tout en gardant une attitude de modestie et d'humilité susceptible d'atténuer les tensions et de conduire au dialogue.

L'analyse de Comité Consultatif National d'Ethique Français rejoint celle de Paul Ricoeur [222] Ce dernier souligne que, dans le refus de soins, ce qu'il faut entendre avant tout c'est le besoin de reconnaissance, qui émane à la fois du médecin et du patient.

Il faut souligner qu'un refus d'un traitement n'est pas toujours un refus de soins, et qu'un refus de soins total peut n'être que transitoire. Enfin, il faut noter que si le refus de soins formulé par un patient peut être respecté dès lors que l'équipe en a jugé ainsi, l'acceptation ne met pas fin à une réflexion et à des démarches d'accompagnement des personnes. Dans certaines situations l'acceptation de ce refus va ouvrir d'autres pistes médicales. [221]

6. Exceptions et cas spécifiques d'abstention de l'information.

Si le patient a communiqué préalablement au chirurgien, qu'il souhaite ne pas recevoir d'information, le chirurgien doit respecter ce vœu. A moins que l'intérêt du patient à ne pas être informé ne compense pas l'inconvénient qui en découlerait. Le patient peut alors désigner une personne de confiance à laquelle l'information pourra être communiquée.[222]

Le droit à ne pas savoir ne peut justifier le fait de ne pas avoir donné une information nécessaire.

Seules l'urgence, l'impossibilité d'informer (article. L 1111-2 du Code de la Santé Publique Français), ou le refus du patient (Cour de Cassation du 7 Octobre 1998) peuvent dispenser le médecin du devoir d'informer. Ces trois conditions d'exception ne sont pas controversées.

Une exception controversée apparaît cependant dans ce que l'on appelle le « privilège thérapeutique », selon lequel le médecin peut taire légitimement l'information en s'appuyant sur un argument médical solide selon lequel cette information serait probablement néfaste pour le sujet déprimé ou instable. [223]

Dans tous les cas, la reprise du processus d'information du patient doit se faire dès que possible.

V. La brochure/fiche d'information

Une brochure est un document papier à destinée informative assemblée par collage de la tranche des feuilles au dos de sa couverture. Une fiche d'information est un document qui apporte une information médicale au patient. A partir d'une revue de la littérature, l'intérêt de

la brochure d'information peut être évalué sur la satisfaction, la mémorisation de l'information et l'effet sur l'anxiété et le stress des patients ou leurs familles.

Un consentement éclairé par le biais d'une information écrite ne figure dans aucune loi. Or, les juges sont de plus en plus souvent confrontés aux relations entre les médecins et leurs patients. L'introduction d'une information écrite dans la pratique médicale est encore en phase de discussion aussi bien médicale que juridique.

La signature d'un document écrit n'est pas obligatoire en dehors de certains cas précis qui sont: la recherche biomédicale, les prélèvements d'organes et la procréation médicalement assistée.

La formalisation écrite de ce consentement n'est donc pas une obligation légale et elle est même déconseillée car elle risque d'altérer la confiance du malade en son médecin.

Après avoir interrogé un certain nombre de malades (100) devant subir un examen endoscopique digestif, on a pu constater que seuls 10% des malades estimaient que la confiance en leur médecin était détériorée par la procédure de signature d'un consentement éclairé. [286] Il est bon cependant de noter que les personnes interrogées étaient des patients en capacité de consentir directement, ceux qui n'étaient pas capables de lire le questionnaire ayant été exclus de l'étude. 40% des patients interrogés estiment quand même que le fait de signer un tel papier les rendait méfiants.

Ce type de document risque cependant de constituer une barrière entre le malade et le médecin. D'autant plus si le document est conçu « dans un rôle défensif de preuve que le médecin se ménagerait dans le but de faire face à un hypothétique procès de responsabilité » [225]

Dans tous les cas la formalisation écrite du consentement n'est pas l'idéal. Elle exclut effectivement les patients qui pour diverses raisons ne peuvent pas lire le formulaire et le signer. On peut également penser que de nombreux malades ne lisent pas le formulaire attentivement avant de le signer. De ce fait la fiche d'information délivrée au patient ne reste qu'un complément d'information et ne peut pas remplacer une bonne relation médecin-malade.

**FICHE D'INFORMLATION
ET DE CONSENTEMENT**

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LA CHIRURGIE DE L'HERNIE INGUIALE

Cher patient(e),

Cette fiche d'information a été rédigée dont le but de vous informer sur votre traitement, sur les effets secondaires fréquents ainsi que sur les complications les plus courantes ou les plus sérieuses pouvant survenir.

En tant que patient, vous avez droit à une information par rapport à votre maladie et aux traitements médicaux et éventuellement chirurgicaux recommandés. Ce formulaire vous est fourni pendant la consultation chez votre médecin traitant, où vous recevrez oralement et par écrit toutes les informations pertinentes concernant l'intervention envisagée. Ce formulaire doit être rendu signé à une personne de l'équipe médicale au plus tard au moment de l'intervention pour qu'il puisse être joint à votre dossier médical. Le but de cette information n'est pas de vous angoisser mais bien de vous fournir une information suffisante pour vous permettre de décider si oui ou non vous souhaitez subir cette intervention.

Je soussigné, né le certifie que, au cours de la consultation du avec le docteur, il a été convenu qu'une hospitalisation est nécessaire à partir du à l'hôpital de pour subir une intervention pour une hernie inguinale.

Le médecin traitant m'a fourni des informations précises par rapport à mon état de santé. Il m'a exposé en termes simples et compréhensibles l'évolution possible de mon état de santé s'il n'est pas procédé à l'intervention ou procédure envisagée. Il m'a également informé de l'éventualité de traitements alternatifs avec leurs avantages et inconvénients. Le médecin traitant m'a exposé clairement la nature, le but et le degré d'urgence de l'intervention envisagée avec les inconvénients qui peuvent en résulter, ainsi que les contre-indications, les risques et les effets secondaires à court et à long termes. La durée de l'intervention/du traitement ainsi que les éventuels soins ultérieurs m'ont également été expliqués. J'ai également reçu une brochure d'information sur l'intervention/le traitement envisagés. Le médecin traitant a attiré mon attention plus précisément sur les points suivants :

Qu'est-ce qu'une hernie inguinale ?

La région inguinale constitue une zone de faiblesse de la paroi abdominale antérieure, il possède des orifices naturels à la racine de la cuisse, pour laisser passer les éléments anatomiques qui vont au membre inférieur, et au testicule chez l'homme. Un relâchement anatomique de ces orifices peut être à l'origine de l'apparition d'une hernie inguinale, qui est l'issue, à travers un orifice naturel élargi, d'une partie du contenu de la cavité abdominale.

Une hernie inguinale peut être asymptomatique. Il se manifeste généralement par un gonflement localisé de la région inguinale, majoré par la position debout et les efforts. Les hernies peuvent apparaître à n'importe quel âge.

Le diagnostic de la hernie inguinale est essentiellement clinique. Parfois, L'imagerie (échographie, IRM ...) peut être nécessaire s'il y a une tuméfaction inguinale vague et une incertitude diagnostique, une mauvaise localisation de la tuméfaction, une tuméfaction intermittente non présente au moment de l'examen physique et d'autres douleurs inguinales sans tuméfaction.

Quelles en sont les conséquences ?

Une fois la hernie constituée, l'augmentation progressive de son volume est la règle, mais s'observe avec une vitesse d'évolution variable. La guérison sans opération n'existe pas. L'évolution naturelle est une gêne croissante avec le temps. L'étranglement herniaire est le risque évolutif majeur : c'est l'incarcération de l'intestin dans la hernie. La hernie devient irréductible et très douloureuse. Ceci impose une consultation chirurgicale en urgence.

Le risque d'étranglement est variable selon le type anatomique de la hernie, Les hernies directes se compliquent moins souvent que les indirectes. Lors ce qu'une hernie inguinale est asymptomatique ou paucisymptomatique ou l'état du patient ne permet pas une intervention chirurgical, ce dernier peut discuter avec son médecin traitant une abstention thérapeutique avec une surveillance active de l'hernie. Dans tout les cas, ces patients finiront par développer des symptômes, principalement de la douleur, et auront besoin d'une intervention chirurgicale.

Quel est le traitement d'une hernie inguinale ?

Le traitement curatif d'une hernie Inguinale est chirurgical.

La réduction de la hernie et sa tentative de maintien par un bandage herniaire n'est pas une option thérapeutique à retenir aujourd'hui.

Une abstention thérapeutique ne peut être proposée qu'à l'issue d'une consultation chirurgicale.

Comment répare-t-on une hernie ?

Deux types de procédures ont été développés :

- Reconstruction de la paroi par coutures utilisant les tissus anatomiques.
- Renfort de paroi utilisant un voile de tissu synthétique (on parle alors de réparation par "plaque, prothèse, voile, filet...").

Le choix de procédures repose essentiellement sur l'âge du patient et le type de la hernie, Les procédés prothétiques donnent un taux de récurrence plus faible, ce qui justifie la pose d'une prothèse si votre chirurgien juge que votre hernie est associée à un risque de récurrence élevé.

Deux modes de réalisation technique existent et se différencient par le site d'implantation du renfort de paroi :

- Voie directe antérieure (incision unique à l'aîne) : c'est la technique la plus simple et elle est pratiquement la seule faisable sous anesthésie locale.
- Voie postérieure (Laparoscopie) : offre l'avantage de donner accès à l'ensemble des points de faiblesse de la paroi et de permettre l'étalement d'une grande prothèse renforçant toute la zone faible inguinale. En revanche, elle ne peut être habituellement pratiquée que sous anesthésie générale. La chirurgie laparoscopique est plus compliquée, requiert l'intervention d'un chirurgien qualifié et peut exposer à un risque plus élevé de complications, Le coût direct de la laparoscopie est plus élevé que celui de la chirurgie traditionnelle. Mais elle entraîne moins de douleur après l'opération et permet une reprise d'activité plus rapide.

Plusieurs types d'anesthésies sont possibles. Le choix définitif de la technique retenue est validé à l'issue de la consultation d'anesthésie.

La voie cœlioscopie impose une anesthésie générale. La voie antérieure est possible sous une anesthésie locale ou loco-régionale.

Quels sont les risques de la chirurgie des hernies de l'inguinale ?

Risque liés à l'anesthésie :

Deux types de situations peuvent être opposés en matière de risque anesthésique.

❖ **Risque lié au terrain du patient** : les patients présentant une ou plusieurs affections chroniques (Patient âgé, obèse, fumeur, présentant une hypertension artérielle chronique, une pathologie cardiaque, ...) et/ou aiguës (exemple d'un patient opérée en urgence pour une hernie inguinale étranglée...) modifiant les grands équilibres physiologiques ; sont plus exposés aux complications voir au décès. La diminution du risque fait ici clairement appel à une évaluation préopératoire satisfaisante permettant d'évaluer l'état du patient et de dépister une éventuelle contre indication à un type d'anesthésie ou à la chirurgie elle-même.

❖ **Risques directement liés à l'anesthésie** : peuvent survenir même chez un sujet en parfaite santé antérieurement. Ces événements sont rares et inattendus, Ils sont beaucoup plus difficiles à prévenir, peuvent être mortels. Il s'agit surtout des accidents respiratoires lors de l'intubation difficile, et des accidents allergiques aux substances utilisés en anesthésie.

Complications liées au type d'anesthésie :

❖ **L'anesthésie générale** : Elle comporte certaines contraintes du fait de la nécessité d'observer 6h de jeun avant l'acte chirurgical, peut exposer à de nombreux incidents postopératoires à savoir : nausées, vomissements, iléus postopératoire

❖ **L'anesthésie loco-régionale (rachianesthésie)** : la rétention d'urines est une complication particulièrement fréquente après cure de hernie inguinale sous une rachianesthésie.

❖ **L'anesthésie locale** : à des indications limitées, elle n'entraîne pas les incidents postopératoires inhérents à l'anesthésie générale et locorégionale et à un coût faible.

Complications pendant l'acte chirurgical :

- Complications hémorragiques : les plaies vasculaires dans la chirurgie de l'hernie inguinale sont rares, mais elles restent possibles, dans tous les cas, l'origine de saignement doit être reconnue et réparée.

- Lésions du cordon spermatique : exceptionnelle, peut avoir comme conséquence, une orchite ischémique si la lésion touche des structures artérielles et / ou veineuses dans le cordon spermatique. son incidence varie de 0,65% à 2,25%.

- Les lésions nerveuses : Elles sont de l'ordre de 3 à 7% pour la voie antérieure. Vu que la voie abdominale postérieure (laparoscopie) ne rencontre aucun nerf, le risque est nul ; c'est un de ses importants avantages. Leur atteinte peut être responsable d'une perte de la sensibilité de la région inguinale, de l'hémiscrotum, de la base du pénis et de la partie supérieure de la cuisse, Ces troubles sensitifs sont en général transitoires ; ou de douleurs chroniques postopératoires. les déficits moteurs sont exceptionnels.

- Les lésions viscérales : Rares, elles concernent la vessie, l'intestin et l'uretère, ces incidents sont immédiatement décelés pour recevoir un traitement approprié immédiat.

- Conversion chirurgicale : dans certains cas l'identification des structures et repères anatomiques par la technique laparoscopique ou lors d'un incident préopératoire ; votre chirurgien pourra procéder à une conversion de la voie laparoscopique vers la chirurgie ouverte.

- Complications liées à la coelioscopie : lors du gonflement de l'abdomen, le gaz peut diffuser en dehors de la cavité abdominale, généralement en sous-cutané ou dans le scrotum. Ces incidents restent sans gravité.

Complications spécifiques précoces :

- Séromes (bosse de liquide clair) : est la complication la plus fréquente après la cure de l'hernie inguinale ; plus fréquent dans la réparation ouverte que la voie laparoscopique. Son incidence varie de 1,9 à 11%, mais il ne devrait être considéré comme une complication que s'il persistait au-delà de 6 semaines.

- **Hématome** : est une collection de sang dans les tissus du corps et peut être reconnu par une décoloration bleuâtre et un gonflement dans la zone de la chirurgie, apparaît généralement plusieurs jours après la chirurgie ; L'hématome (sang) peut se propager à la base du pénis et du scrotum chez les hommes, ou dans les grandes lèvres (lèvres vaginales) chez les femmes. Il disparaît généralement seul après plusieurs jours (2 à 4 semaines). son incidence est de 2% chez les patients traités par cœlioscopie et de 11% pour chirurgie ouverte.

- **Infection du site opératoire** : Exceptionnelles, Elle peut compliquer un hématome ou un sérome, 5 facteurs peuvent favoriser de façon significative le taux d'infection postopératoire; il s'agit de l'âge, de l'étranglement herniaire, du caractère récidivé de la hernie, de la préexistence d'une infection et de la mise en place d'un drainage.

- **Retentissement sur le volume et la sensibilité du testicule et des bourses** dû à la dissection du cordon spermatique et pouvant conduire à une atrophie ischémique du testicule (moins de 1% des cas).

- **Exceptionnelles infections de la prothèse** improprement appelées “rejets” et pouvant nécessiter une réintervention pour ablation (moins de 0,35% des cas).

Complications spécifiques tardives :

- **Douleurs prolongées** : la complication la plus fréquente après la chirurgie herniaire, elle peut être réduite par un traitement antalgique. elles semblent plus fréquemment observées après voie antérieure. l'utilisation de matériel prothétique ne semble cependant pas en cause.

- **Récidive de la hernie** : le Renfort de paroi par un voile de tissu synthétique diminue le risque de récurrence de la hernie inguinale (autour de 3% contre 8% lors de la reconstruction de la paroi par sutures utilisant les tissus anatomiques).

Durée de séjour hospitalier et Retour au travail :

- **La durée de séjour hospitalier** est plus courte et un retour plus rapide aux activités normales après une chirurgie laparoscopique, elle est évaluée entre 2 à 3 jours. La réparation d'une hernie compliquée nécessite une durée d'hospitalisation plus longue.

- **Retour au travail** : la chirurgie laparoscopique permet un retour au travail plus rapide.

Informations complémentaires spécifique à mon cas :

.....
.....
.....

Je comprends également que la pratique clinique médicale n'est pas une science exacte et que l'énumération des complications éventuelles ne peut jamais être complète. De même, je comprends qu'il ne peut pas y avoir d'accord/d'engagement en termes de résultat final de la procédure/de l'intervention.

Le médecin traitant m'a informé du fait que l'équipe médicale peut, au cours de l'opération, être dans l'obligation d'élargir l'intervention envisagée à des gestes complémentaires qui ne peuvent pas être prévus mais qui sont d'une nécessité médicale absolue pour le maintien ou l'amélioration de mon état de santé. Par la présente, je donne dès lors mon accord au médecin traitant pour effectuer, au cours de l'intervention envisagée, tout geste médical complémentaire en cas de nécessité médicale absolue.

Le médecin traitant m'a donné l'occasion de poser des questions et il y a répondu de manière satisfaisante et complète. J'ai également bien compris ses réponses.

Je déclare avoir informé correctement et complètement le médecin traitant quant à mon état de santé actuel et avoir répondu honnêtement à ses questions.

En conséquence, je donne mon accord à la réalisation de tout acte diagnostique et thérapeutique requis par mon état de santé, ce document ne constituant pas une décharge de responsabilité de l'équipe médicale.

Fait à le

Nom du patient :

Signature du patient ou d'un parent/tuteur :

Nom du médecin qui a donné les informations :

Signature du médecin qui a fourni les informations :

الموافقة عن علم على إجراء عملية جراحية خاصة بمرض الفتق الاربي

عزيزي المعالج، عزيزتي المعالجة،

لقد تم تحرير ورقة المعلومات هذه لإخبارك بشأن علاجك والآثار الجانبية الشائعة، علاوة على المضاعفات الأكثر شيوعاً أو خطورةً التي يمكن أن تحدث.

بصفتك مريضاً، فلديك الحق في الحصول على المعلومات التي تخص مرضك والعلاجات الطبية والجراحية الموصى بها. وقد قُدمت إليك استمارة القبول هذه خلال استشارة طبيبك المعالج بمكتبه، حيث تتلقى شفهيّاً وكتابياً كافة المعلومات ذات الصلة بالعملية الجراحية المرتقبة. ويتعين إرجاع هذه الاستمارة موقّعا عليها، إلى أحد أفراد الطاقم الطبي، قُبيل إجراء العملية، على أبعد تقدير، وذلك حتى يُمكن إرفاقها بملفك الطبي. وليس الهدف المُتَوخّى من هذا الإخبار إفزاعكم، ولكن الغرض من ذلك فقط هو تزويدك بما يكفي من المعلومات لتمكينك من اتخاذ القرار الأنسب بشأن إمكانية إجراء هذه العملية الجراحية.

أشهد أنا الموقع أسفله، المزداد بتاريخ أنه قد تم خلال استشارتي مع الدكتور

.....، بتاريخ، الاتفاق على ضرورة الاستشفاء بمصحة الكائنة

ب.....، ابتداءً من تاريخ.....، حتى أخضع لعملية جراحية خاصة بمرض الفتق.

لقد تلقّيت من الطبيب المعالج معلومات دقيقة عن حالتي الصحية، حيث شرح لي بعبارات بسيطة ومفهومة التطور

المحتمل لحالتي الصحية إن لم يتم إجراء العملية الجراحية أو لم تُتخذ التدابير اللازمة. كما أطلعني على العلاجات

البديلة الممكنة بمختلف مزاياها وسلبياتها.

وبين لي الطبيب المعالج بشكل واضح طبيعة وهدف ودرجة استعجال العملية الجراحية المُرتقبة، مع السلبيات التي قد

تترتب عنها، فضلا عن موانع الاستعمال والمخاطر والآثار الجانبية على المدى القصير والأمد البعيد. كما أُخبرْتُ أيضا بمُدّة

العملية الجراحية والعلاج، بالإضافة إلى العناية اللاحقة المحتملة. واستلُمتُ أيضًا نشرة توجيهية عن العملية الجراحية والعلاج المرتقب. ولفت الطبيب المعالج انتباهي بشكل أدق إلى النُقط التالية:

أشناهاوا الفتق الاربي؟

المنطقة الاربية (جذر الفخذ) تعتبر منطقة ضعيفة في جدار البطن السفلي وعندها واحد الفتحات طبيعية فالجذر ديال الفخذ لي كتخلي بعض العناصر التشريحية كيمشيو من البطن إلى الرجلين و إلى الخصيتين (الفولات) عند الرجل. أي ارتخاء في هذه الفتحات يقدر يؤدي إلى ظهور فتق إربي لي هو نتيجة مرور بعض مكونات البطن الداخلية عبر هذه الفتحات.

الشخص لي عندو الفتق الاربي يقدر ما يظهر عليه حتى أعراض . عادة الشخص لي عندو الفتق يكون عندو انتفاخ فالجذر ديال الفخذ (احد جانبي أسفل البطن) لي كيتزاد عند الوقوف بشكل مستقيم أو ملي كيدير مجهود ، الفتق الاربي يقدر يظهر في أي عمر.

تشخيص الفتق الاربي يكون عبر فحص السريري للمريض. في بعض الأحيان يتطلب الأمر عمل التصويرة (التلفزة ، الرنين المغناطيسي IRM ...). بحال في حالة وجود انتفاخ بالمنطقة الاربية لي صعب تحدد الأصل ديالو ، إلى الفحص السريري كان غير كافي ، إلى كان هناك انتفاخ فمكان غير المكان لي موالف يكون فيه الفتق الاربي ، إلى كان الانتفاخ كيمشي ويحي أو في حالة وجود آلام في بالمنطقة الاربية دون وجود انتفاخ.

أشناهم العواقب ؟

ملي كيتكون الفتق عند المريض ، كيبدا الحجم ديالو كيتزاد بشوية بشوية لكن سرعة التطور ديالو كتبقى مختالفة من شخص إلى آخر. الشفاء بدون عملية جراحية ماشي ممكن . مع الوقت الفتق تيولي أكثر إزعاجا ، والخطر الكبير لي كايواجهو المريض هو اختناق الفتق : أي احتباس المصران داخل الفتق . في هذه الحالة كيولي صعب ترجعو لبلاصتو وكيعطي الحريق بزاف . والأمر كيطلب تدخل جراحي مستعجل.

خطورة اختناق الفتق كتغير على حساب نوع الفتق ، كترزاد في الفتق الغير مباشر مقارنة مع الفتق المباشر.

ملي كيكون الفتق الاربي بدون أعراض أو الأعراض قليلة بزاف ، أو في حالة ما إذا كانت حالة المريض لا تسمح بالعملية ، في هذه الحالة ممكن للمريض يتواصل مع الطبيب دىالو ويشوف إذا ممكن انه ميقومش بالعملية ، لكن بشرط أن تتبع تطور الحالة دىالو يكون بشكل منتظم . في جميع الحالات هاذ المرضى غادين يظهرو عليهم أعراض بعد مدة وغادين يوصلو للعملية في الأخير .

ماهو علاج الفتق الاربي؟

علاج الفتق الاربي هو الجراحة.

تقليص حجم الفتق باستعمال السمطة (حزام)، ميمكن نعتابروه علاج اليوم . عدم العلاج والمراقبة قرار ميمكنش ناخوده بدون استشارة جراحية

كيفاش كيداوا الفتق ؟

كاينين جوج دىال الطرق:

- إعادة تكوين الجدار باستعمال أنسجة المريض.

- تقوية الجدار باستعمال أنسجة صناعية (حجاب، شبكة ...).

الاختيار بين هاذ جوج طرق ، كيعتمد بالأساس على العمر دىال المريض و على النوع دىال الفتق . تقوية الجدار عبر استعمال أنسجة صناعية كيقلل من إمكانية رجوع الفتق مقارنة مع إعادة تكوين الجدار باستعمال أنسجة المريض. وهذا لي كيخلي الطبيب يختارها إلى شاف انه كايينة إمكانية كبيرة أن الفتق دىالي يعاود يرجع نظارا للنوع دىالو.

كاينين جوج طرق تقنية لي الفرق بناتهم كيبقى في طريقة زرع دعامة الجدار:

- عبر الفتحة العادي ولي كيتم عبر فتحة في أسفل البطن : هي التقنية الأسهل والوحيدة لي ممكن نقومو بها تحت التخدير الموضعي.

- عبر جراحة بالمنظار (الجراحة بالثقابي) : كتعطينا الامتياز ديال الوصول إلى جميع نقاط الضعف في الجدار و كتسمح بوضع حجاب مقوم اكبر لي كيمكنا من تقوية المنطقة الاربية كلها ، ولكن كيبقي المريض خاصو يتبنج كامل (التخدير العام) . هاذ التقنية كتبقى صعبة و خاصها طبيب متمكن من جراحة الفتق الاربي عبر المنظار . كما أن نسبة المخاطر كاتكون زائدة على الجراحة العادية . الثمن ديالها مرتفع ! ولكن كتقلل من نسبة الألم بعد الجراحة وكتمكن المريض انه يرجع الحياة العادية ديالو بطريقة أسرع.

يوجد عدة طرق للتخدير بالنسبة لجراحة الفتق الاربي : الخيار النهائي ديال تقنية البنج كتقرر من بعد ماكيشوفك البناج.

طريقة الجراحة بالمنظار (الثقابي) كالطلب أن المريض يتبنج كامل (تخدير عام) . الجراحة التقليدية ممكنة عبر البنج الموضعي أو البنج النصفي فالظهر ديال المريض.

ما هي مخاطر جراحة الفتق الاربي ؟

خطورة متعلقة بالبنج (التخدير)، كاينين جوج ديال الحالات:

- الخطورة المتعلقة بحالة المريض : المرضى لي عندهم أمراض مزمنة (مثل مريض كبير في السن ، عندو زيادة في الوزن ، كيدخن ، كيعاني من ارتفاع مزمن ديال الضغط الدموي ، مشكل في القلب ...) أو/ و عندو مشكل صحي قبل العملية (مثل الشخص لي عندو اختناق الفتق و خاصو عملية مستعجلة ...) كتكون الحالة الصحة ديالهم غير مستقرة ، ك يكونوا عرضة أكثر للمخاطر أثناء وبعد العملية لي تقدر في بعض الأحيان تؤدي حتى لوفاة المريض . باش نقصوا من هذه المخاطر خاص نعرفوا الحالة ديال المريض جيدا قبل العملية ونشفوا واش الجسم ديالو يقدر يتحمل البنج والعملية في حد ذاتها . - خطورة متعلقة بعملية التخدير (البنج) : تقدر تواجه حتى الشخص لي بصحة جيدة ، هاذ المشاكل كتبقى ناذرة وغير متوقعة ، من الصعب التجنب ديالها وتقدر تكون مميتة. كيتعلق الأمر بالخصوص بالصعوبات أثناء عملية التنبيب الرغامي للمريض (إدخال أنبوب في القصبة الهوائية)، والحساسية لبعض المواد لي كتستعمل في عملية التخدير.

مضاعفات كتعلق بنوع البنج:

- البنج العام : كيتشتارط فيه أن المريض مايكون كلا ومايكون شرب ولو جفمة ديال الماء 6 سوايع على الأقل قبل العملية. يقدر يعرض المريض لبعض المضاعفات بعد العملية بحال : الترويع ، التقيؤ ، تأخر المريض في قضاء الحاجة ديالو (الخروج) بعد العملية....

-البنج النصفي ديال الظهر: احتباس البول كيتعتابر شائع من بعد ما كيخضع الشخص لعملية الفتق الاربي باستعمال هاذ النوع من البنج .

- البنج الموضعي : الاستعمال ديالو كيبقى محدود ، معندوش مضاعفات بحال البنج العام والبنج النصفي ديال الظهر ، و الثمن ديالو تيبقى رخيص .

مضاعفات أثناء العملية الجراحية:

-النزيف : إصابة الأوعية الدموية فجراحة الفتق الاربي ناذرة، ولكن كتبقى ممكنة . في جميع الحالات مصدر النزيف خاصو يتعرف وخاص الأمر يتعالج.

-إصابة الحبل المنوي : استثنائية ، تقدر تؤدي إلى التهاب الخصية الإقفاري إلا الإصابة كانت على مستوى الأوعية الدموية لي كتغذي الخصية ، نسبة حدوث هذه الإصابة كتراوح بين 0,65% و 2,25% .
- إصابة الأعصاب : النسبة ديالها كتراوح بين 3% و 7% بالنسبة للجراحة بالفتيح ، في حين أنها شبه منعدمة بالنسبة للجراحة بالمنظار، حيث الجراح كيكون بعيد على الأعصاب، وهذا كيتعتبر من أهم مميزات هاذ النوع من الجراحة. إلا كان هناك إصابة لأحد الأعصاب فالمريض يقدر ميقاش يحس بالمنطق الاربية ، منطقة أسفل القضيب ، و المنطقة فين كتواجد الخصية ، هاذ المشكل كيمشي مع الوقت في غالب الأحيان. أو المريض كيبقى يحس بالآلام مستمرة بعد العملية، المشاكل في حركة العضلات كتبقى ناذرة.

- إصابة الأحشاء : ناذرة ، كيتعلق الأمر بالنبولة ، المصران، ومجرى البول. المشكل كيتحدد في الحين باش يتعالج بسرعة.

- تغير تقنية الجراحة من الجراحة بالمنظار (الثقابي) إلى الجراحة بالفتيح : في حالة إلا كان من الصعب على الجراح يحدد العناصر التشريحية باش يقوم بالعملية بشكل آمن أو وقوع مضاعفات لي ممكن يتم الإصلاح دياها باستعمال الجراحة بالمنظار . الطبيب الجراح دياكم يقدر يمر إلى الجراحة بالفتيح أثناء العملية.

- مضاعفات متعلقة بالجراحة بالمنظار: ملي كيكون الجراح كينفخ البطن بالريح ، يقدر ينفالت جزء من الريح ويمشي تحت الجلد أو في الكيس لي كيحمل الخصيتين. هاذ الحادث كييقي مكيشكل حتى خطر على الصحة العامة للمريض.

مضاعفات مباشرة بعد العملية:

- الورم المصلي (تجمع لسائل صافي) : هاذ النوع من المضاعفات كيتعتر الأكثر شيوعا من بعد العملية، النسبة دياو كترأوح بين 1,9% و 11%، ولكن مكيتعبر من المضاعفات حتى إلا بقى مدة أكثر من 6 الأسابيع بعد العملية.

- الورم الدموي : لي هوا عبارة عن تجمع للدم في أنسجة الجسم، وكيبان على شكل زروقية مع انتفاخ المنطقة ديال الفتح ، كيبان في العادة بعد مدة من العملية. الورم الدموي ممكن ينتاشر في أسفل القضيب أو الكيس لي كيحمل الخصيتين عند الرجل ، أو جانبي المهبل عند المرأة . في العادة كيمشي غير بوحدو مع مرور الأيام (من أسبوعين إلى 4 أسابيع). النسبة الحدوث دياو كتبقى 2% بالنسبة للمرضى لي دارو العملية بالمنظار و كتبلغ حتى ل 11% بالنسبة لي فتحوا بالفتيح العادي.

-تعفن موضع العملية : استثنائي ، يقدر التعفن يجي فوق الورم الدموي أو الورم المصلي ، 5 العوامل لي كترفع من نسبة تعفن موضع العملية ولي هي : العمر ديال المريض، اجراء العملية على فتق مختنق ، الفتق لي كيرجع بعد أن تم العلاج دياو ، وجود تعفن قبل إجراء العملية ، أو ملي كيخلي الطبيب الجراح أنبوب (التيو) في مكان الفتح لي التخلص من الإفرازات-. التأثير على حجم وحساسية الخصية والكيس لي كيتواجد بيه بعد إصابة الحبل المنوي ، لي تقدر تؤدي إلى ضمور إقفاري للخصية ، هاذ النوع من المضاعفات لا يتجاوز 1%.

- التهاب النسيج الصناعي (البلاكة ،الحجاب، الشبكة...): كتبقى استثنائية (اقل من 0,35%) ، وتقدر التطلب عملية أخرى باش نعيدوها.

مضاعفات من بعد مدة من العملية:

- الآلام المستمرة : من المضاعفات الأكثر شيوعاً ، يقدر المريض يأخذ مسكنات باش ينقص من الحدة ديالها ، المرضى لي فتحو بالفتيح العادي ك يكونوا أكثر عرضة لهذا النوع من المضاعفات ، وضع نسيج صناعي لتقوية الجدار معاندوا حتى علاقة بهذه الآلام.

- رجوع الفتق بعد العملية : استعمال نسيج صناعي لتقوية الجدار ك يقلل من نسبة رجوع الفتق لي كتبقى 3% مقارنة مع استعمال أنسجة المريض حيث النسبة كتبلغ 8%.

مدة البقاء في المستشفى والرجوع إلى العمل:

مدة البقاء في المستشفى كتبقى قليلة والرجوع إلى الحياة الاعتيادية كتكون أسرع في حالة ما المريض دار العملية بالمنظار بحيث كتراوح بين يومين و3 أيام . في حالة إجراء العملية لفتق مختنق أو حصول أي نوع من المضاعفات فهذه المدة كتطول.

-الرجوع إلى العمل : الفتح بالمنظار ك يمكن الشخص من الرجوع بشكل أسرع للعمل ديالو.

معلومات إضافية كتعلق بالحالة الخاصة للمريض:

.....
.....

- الممارسة الطبية السريرية ليست من العلوم الدقيقة، وبالتالي فمن المتعذر إعداد لائحة حصرية لكافة المضاعفات المحتملة. وعليه، فمن غير الممكن أن يكون هنالك اتفاق أو تعهد بشأن النتيجة النهائية للتدابير المتخذة أو العملية الجراحية المرتقبة.

- قد يجد الفريق الطبي نفسه مضطراً، خلال إجراء العملية، إلى توسيع نطاق العملية الجراحية المرتقبة، لتشمل أموراً إضافية لا يمكن التكهّن بها، ولكنها تعتبر ضرورةً طبية لا مناصّ منها للحفاظ على سلامتي الصحية أو إسهاما في تحسينها. وبموجب هذه الوثيقة فإنني أسمح للطبيب المعالج، خلال إجراء العملية الجراحية المذكورة، باتخاذ كافة التدابير الطبية الإضافية التي تُملّيها الضرورة الطبية القصوى.

- وأتاح لي الطبيب المعالج فرصة طرح الأسئلة، وقدّم لي الجواب الكافي والشافى. وفهمت جيدا أيضا كافة أجوبته.
- وأُصرّح بأنني قد أخبرْتُ الطبيب المعالج بشكل صحيح وتأمّ بحالتي الصحية الحالية وأجبت عن أسئلته بصدق وأمانة.
- وعليه، فإنني أوافق على القيام بأي عمل تشخيصي وعلاجي تستلزمه حالتي الصحية ، علما أن هذا المستند لا يُعفي الطاقم الطبي من مسؤولياته.

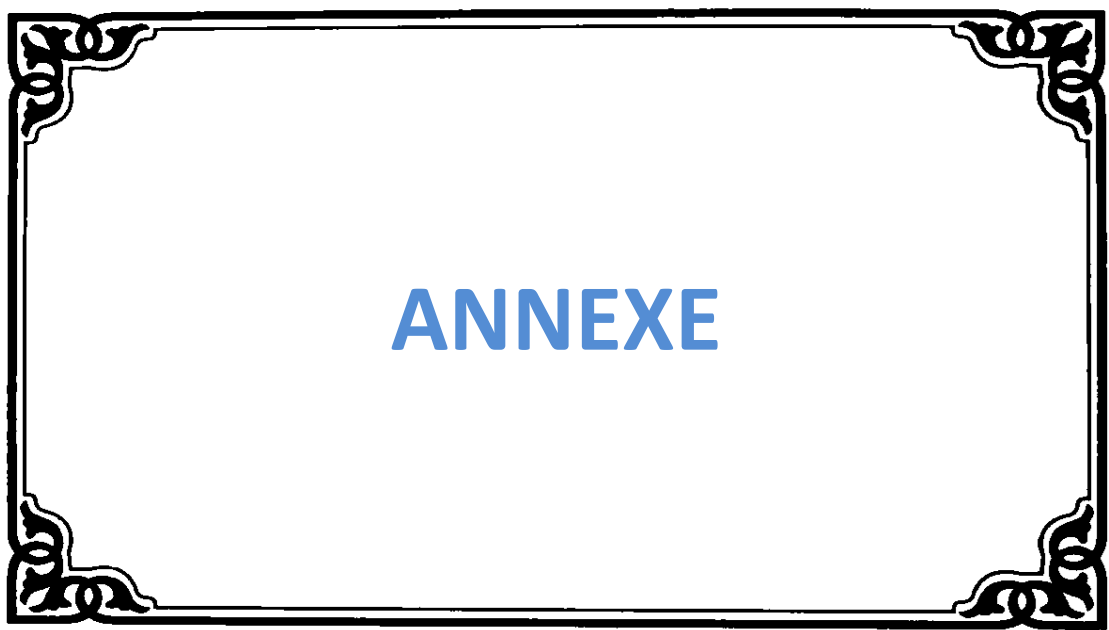
وحرر ب.....، بتاريخ.....

اسم الشخص المعالج:.....

توقيع الشخص المعالج أو أحد الوالدين أو الوصي:.....

اسم الطبيب الذي قدّم المعلومات:.....

توقيع الطبيب الذي قدم المعلومات:.....

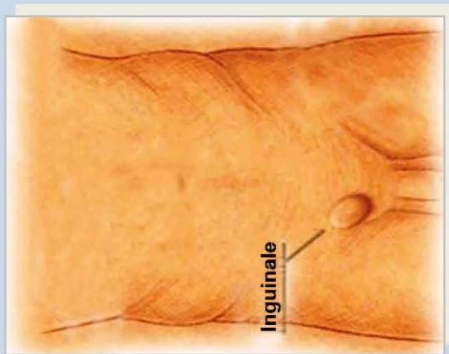




المستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

مصلحة جراحة الأوعية II

وثيقة المعلومات الخاصة بجراحة الفتق الأربي



عززي المعالج، عززتي المعالجة ،

لقد تم تحرير وثيقة المعلومات هذه لإخبارك بشأن علاجك والآثار الجانبية الشائعة، علاوة على المضاعفات الأكثر شيوعاً أو خطورة التي يمكن أن تحدث.

بصفتك مريضاً، فليس عليك الحق في الحصول على المعلومات التي تخص مريضك والعلاجات الطبية والجراحية الموصى بها. وقد قُدمت إليك ورقة المعلومات هذه خلال استشارة طبيبك المعالج بمكتبه، حيث تتلقى شطبها وكتابياً كافة المعلومات ذات الصلة بالعملية الجراحية المرتقبة.

1

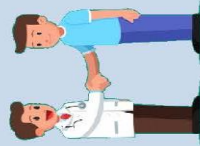
- ♦ التأثير على حجم وحساسية الخصية والكيس في كيتوآجد به بعد إصابة الجبل المنوي . في تقدر تؤدي إلى ضمور إقصادي للخصية . هاذ النوع من المضاعفات لا يتجاوز 1%.
- ♦ التهاب النسيج الصناعي (البيلاكة، الحجاب، الشبكة...): كتيقي استثنائية (اقل من 0.35%) ، وتقدر التطلب عملية أخرى باش تعيدوها.

مضاعفات من بعد مدة من العملية :

- ♦ الآلام المستمرة : من المضاعفات الأكثر شيوعاً . يقدر المرض يآخذ مستويات باش ينقص من العدة ديالها ، المرضي لي قنعو بالفتيح العادي كيكوتوا أكثر عرضة لهاد النوع من المضاعفات . وضع نسج صناعي لتقوية الجدار معاندوا حتى علاقة بهذه الآلام.
- ♦ رجوع الفتق بعد العملية : استعمال نسج صناعي لتقوية الجدار كيققل من نسبة رجوع الفتق لي كتيقي 3% مقارنة مع استعمال أنسجة المرض حيث النسبة كتيبلغ 8%.

مدة البقاء في المستشفى والرجوع إلى العمل:

- ♦ مدة البقاء في المستشفى كتزوح بين يومين و3 أيام ؛ في حالة إجراء العملية لتفتق مغتنق أو حصول أي نوع من المضاعفات فبهذه المدة كطولال .
- ♦ الرجوع إلى العمل : الفتق بالمنظار كيمكن الشخص من الرجوع بشكل أسرع للجهة الاعتيادية وللعمل ديالو.



وثيقة المعلومات هذه هي نايح لطريقة "الوقاية" الجراحية للفتق الأربي الذي نعتد تحت إشراف دكتور الجراحة العامة محمد المصطفى بن علي.

6

مضاعفات أثناء العملية الجراحية :

- ♦ النزيف : إصابة الأوعية الدموية فجراحة الفتق الأربي كتيقي نادرة.
- ♦ إصابة العجل المنوي : استثنائية . تقدر تؤدي إلى التهاب الخصية الإقصادي إلى الإصابة كانت على مستوى الأوعية الدموية لي كتيقي الخصية . نسبة حدوث هذه الإصابة كتزوح بين 0.65% و 2.25%.
- ♦ إصابة الأخصاب : النسبة ديالها كتزوح بين 3% و 7% بالنسبة للجراحة بالفتيح . في حين أنها شبه معدومة بالنسبة للجراحة بالمنظار. إلى كان هناك إصابة لأحد الأخصاب فالمرض يقدر ميقتاش يحس بالمنطق الأربية . منطقة أسفل القضيب . و المنطقة فين كيتواجد الخصية ، هاذ المشكل كيمشي مع الوقت في غالب الأحيان . أو في حالة أخرى المرض كيمشي يحس بالآلم مستمرة بعد العملية، المشاكل في حركة العضلات كتيقي نادرة.
- ♦ إصابة الأخصاء : نادرة . كيتعلق الأمر بالنبولة ، المصبران، ومجرى البول.
- ♦ تغير تقنية الجراحة من الجراحة بالمنظار (التقالي) إلى الجراحة بالفتيح.
- ♦ مضاعفات متعلقة بالجراحة بالمنظار: والتي تتجلى في انفلات جزء من الرشح لي كيتفتخ به الجراح بطن المرض أثناء العملية ويمشي تحت الجلد أو في الكيس لي كيعمل الخصيتين.

مضاعفات مباشرة بعد العملية :

- ♦ الورم المحلي (تجمع لسائل صاقي داخل الانسجة) : هاذ النوع من المضاعفات كيتعتز الأكثر شيوعاً من بعد العملية .
- ♦ الورم الدموي : لي هوا عبارة عن تجمع للدم في أنسجة الجسم، وكيعبان على شكل زرقونية مع انتفاخ المنطقة ديال الفتق.
- ♦ تعفن موضع العملية : استثنائي .

5

أشناهاو الفتق الأريي؟

- ◆ المنطقة الأريية (جنر الفخذ) تعتبر منطقة ضعيفة في جدار البطن السفلي وعندئها واحد الفتحات طبيعية فالجدار دبال الفخذ في كخلي بعض العناصر التشريحية كيمشيو من البطن إلى الرجان و إلى الخصيتين (الفولات) عند الرجل.
- ◆ أي ارتخاء في هذه الفتحات يقدر يؤدي إلى ظهور فتق أريي في هو نتيجة مرور بعض مكونات البطن الداخلية عبر هذه الفتحات.
- ◆ الشخص في عندو الفتق الأريي يقدر ما يظهرو عليه حتى أعراض .
- ◆ عادة الشخص في عندو الفتق كيكون عندو انتفاخ فالجدر دبال الفخذ (أحد جانبي أسفل البطن) في كيتزاد عند الوقوف بشكل مستقيم أو ملي كيدبر مجهود . الفتق الأريي يقدر يظهر في أي عمر.
- ◆ تشخيص الفتق الأريي كيكون عبر فحص السريري للمريض. في بعض الأحيان يتطلب الأمر عمل التصويرة (التلقرة ، الرنين المغناطيسيIRM ...) .

أشناهم العواقب ؟

- ◆ ملي كيتكون الفتق عند المريض .
- ◆ كيدا الحجم دبالو كيتزاد بشوية بشوية لكن سرعة التطور دبالو كينفي مختلفة من شخص إلى آخر . الشفاء بدون عملية جراحية ماضي ممكن . مع الوقت الفتق تنبوي أكثر إزعاجا ، والخطر الكبير في كايوا جهو المريض هو اختناق الفتق . في هذه الحالة الأمر كيكولي يتطلب تدخل جراحي مستعجل .



2

ماهو علاج الفتق الأريي ؟

علاج الفتق الأريي هو الجراحة .
تقليص حجم الفتق باستعمال السمطة (حزام) ، ممكن تعاتروه علاج اليوم .
عدم العلاج والمراقبة قرار ميمكش تآخوه بدون استشارة جراحية .



كيفاش كيداو الفتق ؟



كايين جوج دبال الطرق:

- ◆ إعادة تكوين الجدار باستعمال أنسجة المريض .
- ◆ تقوية الجدار باستعمال أنسجة صناعية (حجاب ، شبكة ...) .

كايين جوج طرق تقنية لي الفرق بناتهم كينفي في طريقة زرع دعامة الجدار:

- ◆ عبر الفتق العادي وفي كيتيم عبر فتحة في أسفل البطن : هي التقنية الأسهل والوحيدة لي ممكن تقوموها تحت التخدير الموضعي .
- ◆ عبر جراحة بالمنظار (الجراحة بالثقباني) : كتعطينا الامتياز دبال الوصول إلى جميع نقط الضعف في الجدار و كتسمح بوضع حجاب مقوم اكبر لي كيمكنا من تقوية المنطقة الأريية كها .

يوجد عدة طرق للتخدير بالنسبة لجراحة الفتق الأريي : الخيار النهائي دبال تقنية البيج كتقرر من بعد ماكشوفك البناء .

3

ما هي مخاطر جراحة الفتق الأريي ؟

خطورة متعلقة بالبيج (التخدير) كايين جوج دبال الحالات:

- ◆ الخطورة المتعلقة بجالة المريض : المرض في عندهم أمراض مزمنة (مثل مريض كبير في السن ، عندو زيادة في الوزن ، كيدخن ، كيعاني من ارتفاع مزمن دبال الضغط الدموي ، مشكل في القلب ...) أو / و عندو مشكل صحي قبل العملية (مثل الشخص في عندو اختناق الفتق وخاصو عملية مستعجلة ...) كتكون الحالة الصحية دبالهم غير مستقرة . كيكونوا عرضة أكثر للمخاطر أثناء وبعد العملية .

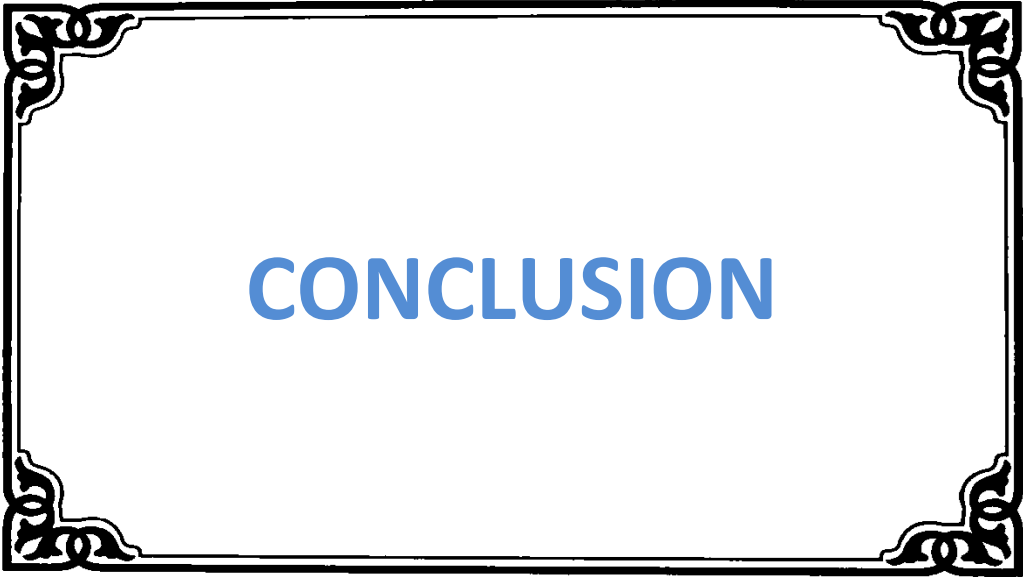
- ◆ خطورة متعلقة بعملية التخدير (البيج) : تقدر تواجه حتى الشخص لي بصحة جيدة ، هاذ المشاكل كينفي ناذرة وغير متوقعة ، من الصعب تجنب دبالها وتقدر تكون مميتة . كيتعلق الأمر بالخصوص بالصعوبات أثناء عملية التنبيب الرغامي للمريض (إدخال أنبوب في القصبة الهوائية) ، والجساسة لبعض المواد لي كتستعمل في عملية التخدير .

مضاعفات كتعلق بنوع البيج :



- ◆ البيج العام : كيتشتارط فيه أن المريض ما يكون كلا وما يكون شرب ولو جغمة دبال الماء 6 سوانع على الأقل قبل العملية . يقدر يعرض المريض لبعض المضاعفات بعد العملية بحال : التروعة ، التقنو ، تأخر المريض في قضاء الحاجة دبالو (الخروج) بعد العملية ...
- ◆ البيج النصفي دبال الظهر : احتباس البول كيتعاتير شائع من بعد ما كيقضض الشخص لعملية الفتق الأريي باستعمال هاذ النوع من البيج .
- ◆ البيج الموضعي : الاستعمال دبالو كينفي محدود .

4



CONCLUSION

Aujourd'hui, l'information communiquée aux patients occupe une place prépondérante dans le processus de soins. Le modèle de décision partagée est celui qui offre le meilleur compromis entre le respect de l'autonomie du patient et le principe de bienfaisance qui guide l'attitude du soignant.

La cure de la hernie inguinale fait partie des interventions bénignes et simples grâce à une connaissance parfaite de l'anatomie de la région de l'aîne et l'évolution des techniques chirurgicales et des procédés thérapeutiques. Or, comme toute chirurgie, elle comporte des risques. De ce fait la recherche du consentement du patient candidat à une chirurgie de l'hernie inguinale est une obligation.

Le consentement doit être libre, donc obtenu sans contrainte, et éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir et des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état actuel des connaissances scientifiques. Il faut aussi renseigner le patient sur les thérapeutiques alternatives et leurs risques. Le chirurgien, doit également informer sur la prise en charge financière des honoraires. De plus en plus, des documents écrits sont proposés en complément.

L'introduction d'une information écrite dans la pratique médicale est encore en phase de discussion aussi bien médicale que juridique. Le formulaire de recueil de consentement offre une base simple et pratique pour informer les patients, mais ne dispense en aucun cas le chirurgien de cette charge.



RESUMES

RESUME

Titre : Consentement éclairé dans la chirurgie de l'hernie inguinale.

Auteur : Yasser BOUCHOUATA

Directeur de thèse : P. Abdelmounaim AIT ALI

Mots clés : consentement éclairé, hernie inguinale, fiche d'information.

Le consentement éclairé du patient est le prérequis à toute intervention chirurgicale. Toutefois, il n'existe aucun consensus quant à la quantité, mode, et type d'information qui doit être transmise aux patients avant une opération. Traditionnellement au Maroc, le patient est informé oralement, ce qui traduit le plus souvent une relation médecin malade de type paternaliste ; le médecin impose au malade parfois sans explication la conduite diagnostique et thérapeutique qu'il considère la meilleure. Cette relation profondément inégale, hiérarchique se transforme essentiellement dans le secteur privé. Des documents écrits sont de plus en plus proposés en complément, ce qui favorise le partenariat médecin- malade et offrent le meilleur compromis entre les principes d'autonomie du patient et celui de bienfaisance du soignant et permettent d'accompagner le patient dans sa prise de décision. Dans le but de transmettre une information durable et exploitable par tout patient candidat à une chirurgie de l'hernie inguinale, nous avons procédé à l'élaboration d'une fiche d'information et de consentement qui renseigne le patient sur l'acte chirurgical qu'il va subir, sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état actuel des connaissances scientifiques, et sur les alternatives thérapeutiques. Cette fiche d'information et de consentement reste une forme efficace et facile d'usage de documentation écrite, adaptée au niveau moyen de littératie en santé du patient et qui a démontré un impact favorable sur les connaissances et l'autonomie du patient, tout comme sur l'adhésion dans la prise en charge.

Abstract

Title : Informed consent in inguinal hernia surgery.

Author : Yasser BOUCHOUATA

Supervisor : P. Abdelmounaim AIT ALI

Keywords : informed consent, inguinal hernia, information leaflets.

Informed consent of the patient is a prerequisite for all surgical intervention. However, there is no consensus as to the quantity, manner and type of information that must be transmitted to the patient before an operation. Traditionally in Morocco, the patient is informed orally, which most often reflects the paternalistic side of the doctor-patient relationship ; sometimes, without the explicit consent of the patient. The doctor makes decisions that he believes are in the patient's best interests. This deeply unequal, hierarchical relationship is changing essentially in the private sector. Complementary written documents have been proposed more and more, which promotes doctor-patient's partnership and offer the best compromise between the principles of patient autonomy and that which benefits the treatment, allowing the patient to make the best decision.

For the purpose of Delivering usable and sustainable information to any patient who is going to have an Inguinal Hernia repair surgery. we have prepared a Patient information leaflets which informs the patient about the surgical procedure, about the frequent or serious risks, and about the therapeutic alternatives. This Patient information leaflets are an effective and simple form of written documentation, adapted to patients with low health literacy levels, and it has a favorable impact on patient's knowledge and autonomy, as well as on adherence to the treatment's management plan.

الملخص

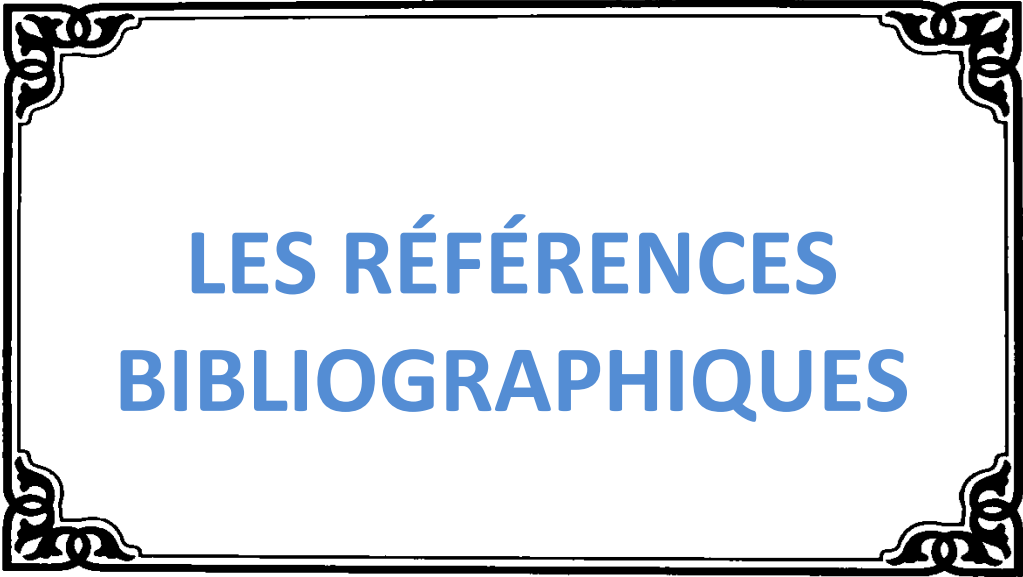
العنوان : الموافقة المستنيرة في جراحة الفتق الاربي

الكاتب : ياسر بوشواطة

الأستاذ المؤطر:عبد المنعم ايت علي

الكلمات المفتاحية : الفتق الاربي- الموافقة المستنيرة -استثماره المعلومات

موافقة المريض المستنيرة شرط أساسي لأي تدخل جراحي. ومع ذلك، لا يوجد إجماع على كمية وطريقة ونوع المعلومات التي ينبغي توصيلها للمرضى قبل العملية. عادة في المغرب ، يتم إبلاغ المريض شفهيًا ، وهو ما يعكس في أغلب الأحيان الجانب السلطوي لعلاقة المريض بالطبيب ؛ حيث يفرض الطبيب أحيانًا على المريض الدورة التشخيصية والعلاجية التي يراها الأفضل دون تفسير. هذه العلاقة الغير المتكافئة للغاية تتغير بشكل أساسي في القطاع الخاص. استعمال الوثائق المكتوبة كمثل للمعلومات المقدمة من طرف الطبيب يشهد تزايداً مستمراً مما يعزز مبدأ الشراكة بين المريض والطبيب ويقدم حلاً وسطاً بين مبدأ استقلالية المريض ومبدأ كون العلاقة بين هذا الأخير وطبيبته تقوم على ما هو خير له وتسمح للطبيب بمرافقة المريض في اتخاذ قراراته. يهدف نقل المعلومة الشاملة والدائمة للمريض المرشح لإجراء عملية الفتق الاربي ، قمنا بصياغة وثيقة الموافقة المستنيرة التي تخبر المريض عن حيثيات العملية , عن المضاعفات الشائعة والخطيرة المعروفة التي يواجهها المريض أثناء وبعد العملية وكذا البدائل العلاجية. تبقى وثيقة الموافقة المستنيرة شكلاً فعالاً وسهلاً الاستخدام من المعلومة المكتوبة ,ومكيفة مع المستوى الدراسي المتوسط لكافة المرضى . وكما أنها أظهرت تأثيراً إيجابياً على معرفة المعالج بمرضه وساهمة في استقلاليته في اتخاذ قراراته وكذا تجاوبه مع البرتوكول العلاجي .



LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. Mallardi V. The origin of informed consent. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005;25:312-27.
- [2]. Chin JJ. Doctor-patient relationship : From medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J* 2002;43:152-5.
- [3]. Mauron A. *Petit glossaire d'éthique*. Genève, 1996.
- [4]. Clark JP, Hudak PL, Hawker GA, et al. The moving target : A qualitative study of elderly patients' decisionmaking regarding total joint replacement surgery. *J Bone Joint Surg* 2004;86:1366-74.
- [5]. Grundner TM. On the readability of surgical consent forms. *N Engl J Med* 1980;302:900-2.
- [6]. Ghrea M, Dumontier C, Sautet A, et al. Quality of information transfert for informed consent : An experimental study in 21 patients. *Revue de chirurgie orthopédique* 2006;92:7-14.
- [7]. Tongue JR, Epps HR, Forese LL. Communication skills for patient-centered care. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:652-8.
- [8]. Johnston M. Anxiety in surgical patients. *Psychol Med* 1980;10:145-52.
- [9]. Calvin RL, Lane PL. Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. *Orthop Nurs* 1999;18:61-6.
- [10]. Panda N, Bajaj A, Pershad D, et al. Pre-operative anxiety. *Anaesthesia* 1996;51:344-6.
- [11]. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:298-307.
- [12]. ROUVIERE H.; *Précis d'anatomie et de dissection*, Masson, Paris, Neuvième édition, 1976, p. 511-517.
- [13]. HAROUCHI Abderrahim, Préface de PELLERIN Denys; *Pathologie du canal péritonéo-vaginal, Chirurgie pédiatrique: propriétés diagnostiques et thérapeutiques*, Editions Maghrébines - Casablanca, 1982, p. 152-159.

- [14]. 19- MELONE J. H.; SCHWARTZ M. Z.; TYSON K. R.; MARR C. C.; GREENHOLZ S. R.; TAUB J. E.; HOUGH V. J.; Outpatient inguinal herniorrhaphy in premature infants: is it safe? *Journal of Pediatric Surgery*, 1992 Feb.; 27(2):203-208.
- [15]. UDEN A; LINDHAGEN T; Inguinal hernia in patients with congenital dislocation of the hip. A sign of general connective tissue disorder; *Acta- Orthop-Scand*. 1988 Dec. 59 (6): p. 667-668.
- [16]. Mutter D, Marescaux J. Hernies inguinale, crurale et ombilicale. *Fac de Med ULP Strasbourg*. 2002; 245 ; 14: 300-308
- [17]. Faure J-P, Carretier M, Richer J-P. Comment se forme une hernie abdominale ? *Rev Prat*. 2003; 53 ; 15: 1639-1644
- [18]. Miserez.M & tous. Classification de la hernie de l'aîne de la société européenne de la hernie. Springer-verlag. 2007; 10: 1007-29.
- [19]. STOPPA R., HENRY X. Classification of groin hernias. Personal proposal. *Surgery* 1993; 119: 132-6.
- [20]. STOPPA R, PETIT J, HENRI X. Plasty of the hernias of the groin by the mid-subperitoneal approach. *Surgical news*. Paris: Masson 1972; 33: 488-93.
- [21]. van den Berg JC, de Valois JC, Go PM, Rosenbusch G. Detection of groin hernia with physical examination, ultrasound, and MRI compared with laparoscopic findings. *Invest Radiol*. 1999 Dec;34(12):739–43.
- [22]. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1–165.
- [23]. Depasquale R, Landes C, Doyle G. Audit of ultrasound and decision to operate in groin pain of unknown aetiology with ultrasound technique explained. *Clin Radiol*. 2009 Jun;64(6):608–14.
- [24]. Whalen HR, Kidd GA, O'Dwyer PJ. Femoral hernias. *BMJ*. 2011 Dec 8;343:d7668.

- [25]. Alam A, Nice C, Uberoi R. The accuracy of ultrasound in the diagnosis of clinically occult groin hernias in adults. *Eur Radiol.* 2005 Dec;15(12):2457–61.
- [26]. Sheen AJ, Iqbal Z. Contemporary management of “Inguinal disruption” in the sportsman’s groin. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2014 Nov 27;6:39.
- [27]. Garvey JFW. Computed tomography scan diagnosis of occult groin hernia. *Hernia.* 2012 Jun;16(3):307–14.
- [28]. Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter JN, O’dwyer PJ. Quel effet la durée d'une hernie inguinale a-t-elle sur les symptômes du patient? *J Am Coll Surg* 2001; 193: 125-9.
- [29]. Oberlin P, Mouquet MC, Burgun A. Le traitement des hernies de l’aine en 1998. Études et Résultats n °92. DREES, ministère de l’Emploi et de la Solidarité, Paris, 2000.
- [30]. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, Malmstrøm J, Andersen FH, Wara P, et al. Danish Hernia Database. Quality assessment of 26 304 herniorrhaphies in Denmark : a prospective nationwide study. *Lancet* 2001 ; 358 : 1124-8.
- [31]. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg* 1991 ; 78 : 1171-3.
- [32]. Izard G, Gailleton R, Randrianasolo S, Houry R. Traitement des hernies de l’aine par la technique de Mc Vay. *Ann Chir* 1996 ; 50 : 755-66.
- [33]. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A, Pourcher J, Hennet H, Habib E, et al. French Associations for Surgical Research. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard ? A multicenter controlled trial in 1 578 patients. *Ann Surg* 1995 ; 222 : 719-27.
- [34]. Royal College of Surgeons of England. Clinical guidelines on the management of groin hernia in adults. Londres, 1993.
- [35]. Schumpelick V, Treutner KH, Artl G. Inguinal hernia repair in adults. *Lancet* 1994 ; 344 : 375-9.

- [36]. ROBBINS AW, RUTKOW IM. Mesh plug repair and groin hernia Surgery. Surg Clin North Am 1998;78:1007-23.
- [37]. FITZ GIBBONS RJ, CAMPS J, CORNET DA, NGUYEN NY. Laparoscopie inguinal herniorraphy. Results of a multicentral trial. Ann Surg 1995;1:3-13.
- [38]. AUFENACKER T, Van GELDERE D, Van MESDAG T, BOSSERS A, DEKKER B, SCHEIJDE E et al. Should antibiotic prophylaxis be used to prevent site infections? operative after inguinal hernia repair by prosthetic interposition (Lichtenstein)? Results of a controlled study. Ann Surg 2004; 240: 955-61.
- [39]. PEIPER C, TONS C. Local versus general anaesthesia for shouldice repair of the inguinal hernia. World J Surgery 1994; 18(6): 912-5 (discussion 915-916).
- [40]. VERHAEGHE P, ROHR S. Intervention de Shouldice. Chirurgie des hernies inguinales de l'adulte. 2001;12: 57-62.
- [41]. KEHLET H, BAY NIELSEN M. Anaesthetic practice for groin hernia repair - A nation-wide study in Denmark 1998-2003. Acta Anaesthesiol Scand 2005; 49: 143-6.
- [42]. Palot J-P .Chirurgie des hernies de l'aîne. Indications et principes opératoires. Rev Prat. 2003; 53 ; 15: 1651-1658
- [43]. Buggedo G, Carcamo C, Mertens R,et al. Preoperative percutaneous ilioinguinal and iliohypogastric nerve block with 0.5% bupivacaine for post-herniorrhaphy pain management in adults. Reg Anesth. 1990; 15: 130-3.
- [44]. Ding Y, White P. Post-herniorrhaphy pain in outpatients after pre-incision ilioinguinal-hypogastric nerve block during monitored anaesthesia care. Can J Anaesth 1995; 42: 12-5.
- [45]. Johansson B, Hallerbäck B, Stubberöd A, et al. Preoperative local infiltration with ropivacaine for postoperative pain relief after inguinal hernia repair. Eur J Surg 1997; 163: 371-8.
- [46]. Pettersson N, Emanuelsson B, Reventlid H, et al. High-dose ropivacaine wound infiltration for pain relief after inguinal hernia repair. Reg Anesth Pain Med 1998; 23: 189-96.

- [47]. Mulroy MF, Burgess FW, Emanuelsson B. Ropivacaine 0.25% and 0.5%, but not 0.125% provide effective wound infiltration analgesia after outpatient hernia repair, but with sustained plasma drug levels. *Reg Anesth Pain Med* 1999; 24: 136-41.
- [48]. Wulf H, Worthmann F, Behnke H, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of ropivacaine 2 mg/ml, 5 mg/ml, or 7.5 mg/ml after ilioinguinal blockade for inguinal hernia repair in adults. *Anesth Analg*. 1999; 89: 1471-4.
- [49]. Moiniche S, Mikkelsen S, Wetterslev J, et al. A qualitative systematic review of incisional local anaesthesia for postoperative pain relief after abdominal operations. *Br J Anaesth* 1998; 81: 377-83.].
- [50]. PeiperC, Tons C, Schippers E, Schumpelick V. local versus general anaesthesia for Shouldice repair of the inguinal hernia. *World J Surg* 1994; 18:912-6.
- [51]. Karl-Johan Lundström(2016) Patient-reported rates of chronic pain and recurrence after groin hernia repair Volume 105, Issue 1, Version of Record online: 15 NOV 2017
- [52]. The HerniaSurge Group (2018) International guidelines for groin hernia management *Hernia* (2018) 22:1–165
- [53]. RAEDER J. Best anesthetic method for inguinal hernia repair? *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49: 131—2.
- [54]. G. P. Joshi (2012) evidence-based management of postoperative pain in adults undergoing open inguinal hernia surgery *British Journal of Surgery* 2012; 99: 168–185Frymoyer JW, Frymoyer NP. Physician-patient communication A lost art ? *J Am Acad Orthop Surg* 2002; 10:95-105.
- [55]. GUIDELINES INTERNATIONALES DU GROUPE HERNIASURGE SUR LA PRISE EN CHARGE DES HERNIES DE L'AINE 2019 WWW.EUROPEANHERNIASOCIETY.EU

- [56]. HAY JM, BOUDET MJ, FINGERHUT A, POURCHER J, HENNET H, HABIB E et al. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? Ann Surg 1995 ; 222 : 719-27. La hernie inguinale : étude retrospective
- [57]. PM, BAETEN CG, KOOTSTRA G. Long-term follow-up (12-15 years) of a randomized controlled trial comparing Bassini-Stetten, Shouldice, and high ligation with narrowing of the internal Ring for primary inguinal hernia repair. J Am Coll Surg 1997 ; 185 : 352-7.
- [58]. KINGSNORTH AN, GRIS MR, NOTT DM. Essai prospectif randomisé comparant le Shouldice et plication darn pour la hernie inguinale.
- [59]. SIMONS MP, KLEIJNEN J, VAN GELDERE D, HOITSMA HF, OBERTOP H. Role of the Shouldice technique in inguinal hernia repair: a systematic review of Controlled trials and a meta-analysis. Br J Surg 1996; 83: 734-8.
- [60]. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M et al (2009) European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia 13:343–403
- [61]. Lermite E, Arnaud JP (2012) Prospective randomized study comparing quality of life after Shouldice or mesh plug repair for inguinal hernia: short-term results. Surg Technol Int 22:101–106
- [62]. Br J Surg 1992;79:1068-70. MATHONNET M, CUBERTAFOND P, GAINANT A. Bilateral inguinal hernias: giant prosthetic reinforcement of the visceral sac. Hernia 1997;1: 93-5.
- [63]. AVISSE C, PALOT JP, FLAMENT JB. Traitement des hernies de l'aine par la technique de Jean Rives. Remplacement Du fascia transversalis par une prothèse de Dacron. Chirurgie 1994;119:362-5.
- [64]. AMID PK, LICHTENSTEIN IL. Long-term results and current status of the Lichtenstein open tension-free Hernioplasty. Hernia 1998; 2(2): 89-94.

- [65]. PELISSIER EP, BLUM D, DAMAS JM, MARRE P. The plug method in inguinal hernia: a prospective evaluation. *Hernia* 1999 ; 3 : 201-4.
- [66]. Junge K, Rosch R, Klinge U et al (2006) Risk factors related to recurrence in inguinal hernia repair: a retrospective analysis. *Hernia* 10(4):309–315.
- [67]. Bisgaard T, Bay-Nielsen M, Kehlet H (2008) Re-recurrence after operation for recurrent inguinal hernia. A nationwide 8-year follow-up study on the role of type of repair. *Ann Surg* 247(4):707–711.
- [68]. N. Magnusson (2014) Reoperation for persistent pain after groin hernia surgery: a population-based study Department of Surgery, Örebro University Hospital, Örebro, Sweden.2014
- [69]. HAUNTERS PH, MEUNIER D, URGYAN S, JOURET JC, JANSSEN P, NYS JM. Etude prospective contrôlée comparant laparoscopie et Shouldice dans le Traitement de la hernie inguinale unilatérale *Ann Chir* 1996; 50(9): 776-81.
- [70]. Trevisonno M, Kaneva P, Watanabe Y et al (2015) Current practices of laparoscopic inguinal hernia repair: a populationbased analysis. *Hernia* 19(5):725–733.
- [71]. LIEM MS, Van Der GRAAP Y, Van STEENSEL CJ, BOELHOUWER RU, CLERVERS GJ, MEIJER WS et al. Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for Inguinal hernia repair. *N Engl J Med* 1997;336:1541-47.
- [72]. LAWRENCE K, McWHINNIE D, GOODWIN A, DOLL H, GORDON A, GRAY A et al. Randomized controlled trial of laparoscopic vs open repair of inguinal hernia: Early results. *Br Med J* 1995; 311: 981-5.
- [73]. Mc INTYRE I. Laparoscopic herniorrhaphy. *Br J Surg* 1992;79: 1123-4.
- [74]. STOPPA R. Groin Hernias in the Adult. *Hernias and surgery of the abdominal wall*, Springer Adt, Berlin 1995;23: 174-204.

- [75]. François Gouin, Catherine Guidon, Marc Bonnet, Philippe Grillo Consultation d'anesthésie : examens complémentaires préopératoires. Information et préparation du patient. Traité d'anesthésie générale .Arnette
- [76]. Dembélé M G . Anesthésie du sujet âgé à l'hôpital du Point G : bilan de 10 ans .Thèse de Médecine 2008. 08-M-393 ; P :69
- [77]. Frédérique Servin, Philippe Juvin. Anesthésie du sujet âgé. Spécificités anesthésiques selon le terrain. Traité d'anesthésie générale .Arnette
- [78]. Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T , Pichlmaier H. Risk factors, complications and outcome in surgery: a multivariate analysis. Eur J Surg 1997; 163: 563-8.
- [79]. J Faivre, N Kermarrec, P Juvin. Anesthésie du patient obèse. MAPAR 2004
- [80]. Koumaré A k, Diop A k T, Dolo S, Ongoiba, Diallo A, proposition pour un bilan préopératoire Sélectif. Med. D'Afrique noire 1991; 39: 160-5.
- [81]. STOPPA R. Groin Hernias in the Adult. Hernias and surgery of the abdominal wall, Springer Adt, Berlin 1995;23: 174-204.
- [82]. Nordin P, Ahlberg J, Johansson H, Holmberg H, Hafström L.(2017) Risk factors for injuries associated with damage claims following groin hernia repair. Hernia (2017) 21:215–221
- [83]. Krishna, A., Misra, M. C., Bansal, V. K., Kumar, S., Rajeshwari, S., & Chabra, A. (2012). Laparoscopic inguinal hernia repair: transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) approach: a prospective randomized controlled trial. Surgical endoscopy, 26(3), 639-649
- [84]. Brandt-Kerkhof A, Van Mierlo M, Schep N, Renken N, Stassen L (2011) Follow-up period of 13 years after endoscopic total extraperitoneal repair of inguinal hernias: a cohort study. Surg Endosc Other Interv Tech 25(5):1624–1629

- [85].** Kald A, Nilsson E, Anderberg B et al (1998) Reoperation as surrogate endpoint in hernia surgery. A three year follow-up of 1565 herniorrhaphies. *Eur J Surg* 164(1):45–50
- [86].** Shin D, Lipshultz L, Goldstein M, Barme G, Fuchs E, Nagler H et al. Herniorrhaphy With Polypropylene Mesh Causing Inguinal Vasal Obstruction: A Preventable Cause of Obstructive Azoospermia. *Ann Surg* 2005;241:553-8.
- [87].** Chehval MJ, Doshi R, Kidd CF, Winkelmann T, Chehval V (2002) Antisperm autoantibody response after unilateral vas deferens ligation in rats: when does it develop? *J Androl* 23(5):669–673
- [88].** FITZ GIBBONS RJ, CAMPS J, CORNET DA, NGUYEN NY. Laparoscopie inguinal herniorraphy. Results of a multicentral trial. *Ann Surg* 1995;1:3-13.
- [89].** Ravindran R, Bruce J, Debnath D, Poobalan A, King PM (2006) A United Kingdom survey of surgical technique and handling practice of inguinal canal structures during hernia surgery. *Surgery* 139(4):523–526
- [90].** Cohen RV, Alvarez G, Roll S et al. Transabdominal or totally extraperitoneal laparoscopic hernia repair? *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8:264–268
- [91].** O'Reilly EA, Burke JP, O'Connell PR (2012) Une méta-analyse de la morbidité chirurgicale et de la récidence après laparoscopie et réparation ouverte de hernie inguinale unilatérale primaire. *Ann Surg* 255 (5): 846–853.
- [92].** Bracale U, Melillo P, Pignata G et al (2012) Which is the best laparoscopic approach for inguinal hernia repair: TEP or TAPP? A systematic review of the literature with a network metaanalysis. *Surg Endosc* 26:3355–3366

- [93]. Antoniou SA, Antoniou GA, Bartsch DK et al (2013) Transabdominal preperitoneal versus totally extraperitoneal repair of inguinal hernia: a meta-analysis of randomized studies. *Am J Surg* 206(245–252):e1

- [94]. Köckerling F, Bittner R, Jacob DA, Seidelmann L, Keller T, Adolf D, Kraft BKA (2015) TEP versus TAPP: comparaison de l'issue périopératoire chez 17587 patients avec une hernie inguinale unilatérale. *Surg Endosc* 29 (12): 3750–3760.

- [95]. Masukawa, K., & Wilson, S. E. Is postoperative chronic pain syndrome higher with mesh repair of inguinal hernia?. *The American Surgeon*, 76(10), 1115-1118.

- [96]. Wei FX, Zhang YC, Han W, Zhang YL, Shao Y, Ni R (2015) Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 25(5):375–383

- [97]. CHAMPAULT G. (1994) Chirurgie laparoscopique des hernies de l'aine : la voie extrapéritonéale. *J. Chir.* 1994 ; 131: 333-341.

- [98]. ACHAMPAULT G. Chirurgie laparoscopique des hernies de l'aine. Monographie de l'Association Française de Chirurgie, 1997.

- [99]. BEGIN G., BERTREND J., TOUZIG L. L'évaluation clinique et économique de la coeliochirurgie dans le cadre de la hernie de l'aine. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé 2002

- [100]. Mahesh C. Misra, Sareesh Kumar, Virinder K. Bansal. Maille extrapéritonéale totale (TEP) réparation de la hernie inguinale dans les pays en développement: comparaison d'un ballon indigène à faible coût dissection versus dissection télescopique directe: une étude prospective contrôlée randomisée. *Surg Endosc* 2008; 22: 1947–1958.

- [101]. Bittner R, Schmedt CG, Leibl BJ, Schwarz J (2011) Early postoperative and one year results of a randomized controlled trial comparing the impact of extralight titanized polypropylene

mesh and traditional heavyweight polypropylene mesh on pain and seroma production in laparoscopic hernia repair (TAPP). *World J Surg* 35:1791–1797

- [102].** Misra MC, Kumar S, Bansal VK (2008) Réparation extrapéritonéale totale (TEP) du maillage inguinal hernie dans le monde en développement: comparaison de la dissection par ballonnet indigène à faible coût et dissection télescopique directe: une étude prospective contrôlée randomisée. *Surg Endosc* 22: 1947–1958
- [103].** Asuri Krishna, M. C. Mishra et al.(2012) Laparoscopic inguinal hernia repair: transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) approach: a prospective randomized controlled trial. *Surg Endosc* 2012; 9:984-989.
- [104].** Lau H, Lee F (2003) Seroma following endoscopic extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Surg Endosc* 17:1773–1777
- [105].** Koning GG, Wetterslev J, van Laarhoven CJ, Keus F (2013) The totally extraperitoneal method versus Lichtenstein's technique for inguinal hernia repair: a systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomized clinical trials. *PLoS One* 8(1):e52599.
- [106].** O'Reilly EA, Burke JP, O'Connell PR (2012) A meta-analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. *Ann Surg* 255(5):846–853.
- [107].** Hannu Paajanen , Tom Scheinin , Jaana Vironen(2010) Nationwide analysis of complications related to inguinal hernia surgery in Finland: a 5 year register study of 55,000 operations *The American journal of surgery* (2010) 199, 746-751
- [108].** Woelber E, Schrick EJ, Gessner BD, Evans HL.(2016) Proportion of surgical site infections occurring after hospital discharge: a systematic review. *Surg Inf* 2016;17:510–519

- [109].** Kockerling F, Bittner R, Jacob D et al (2015) Do we need antibiotic prophylaxis in endoscopic inguinal hernia repair? Results of the Herniated Registry. *Surg Endosc Other Interv Tech* 29(12):3741–3749

- [110].** Dulucq JL, Wintringer P, Mahajna A. Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair: lessons learned from 3,100 hernia repairs over 15 years. *Surg Endosc*. 2009; 23:482–486

- [111].** Brattwall M, Warren Stomberg M, Rawal N, et al. Patients' assessment of 4-week recovery after ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2011;55:92–98

- [112].** Heniford BT, Walters AL, Lincourt AE, et al. Comparison of generic versus specific quality-of-life scales for mesh hernia repairs. *J Am Coll Surg*. 2008;206:638–644.

- [113].** Kehlet H, Roumen RM, Reinhold W, Miserez M. Invited commentary: persistent pain after inguinal hernia repair: what do we know and what do we need to know? *Hernia* 2013;17:293–297.

- [114].** Karl-Johan Lundström (2016) Patient-reported rates of chronic pain and recurrence after groin hernia repair Volume 105, Issue 1, Version of Record online: 15 NOV 2017

- [115].** Wittenbecher F, Scheller-Kreinsen D, Röttger J, Busse R (2013) Comparison of hospital costs and length of stay associated with open-mesh, totally extraperitoneal inguinal hernia repair, and transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair: an analysis of observational data using propensity score matching. *Surg Endosc* 27(4):1326–1333

- [116].** Kockerling F, Bittner R, Jacob DA, Seidelmann L, Keller T, Adolf D, Kraft BKA (2015) TEP versus TAPP: comparison of the perioperative outcome in 17,587 patients with a primary unilateral inguinal hernia. *Surg Endosc* 29(12):3750–3760

- [117].** Humes DJ, Radcliffe RS, Camm C, West J (2013) Populationbased study of presentation and adverse outcomes after femoral hernia surgery. *Br J Surg* 100:1827–1832
- [118].** Sevonius D, Gunnarsson U, Nordin P, Nilsson E, Sandblom G (2011) Recurrent groin hernia surgery. *Br J Surg* 98(10):1489–1494
- [119].** Bjurstrom MF, Nicol AL, Amid PK, Chen DC (2014) Pain control following inguinal herniorrhaphy: current perspectives. *J Pain Res* 7:277–290
- [120].** Junge K, Rosch R, Klinge U et al (2006) Risk factors related to recurrence in inguinal hernia repair: a retrospective analysis. *Hernia* 10(4):309–315.
- [121].** Chan G, Chan C-K (2008) Longterm results of a prospective study of 225 femoral hernia repairs: indications for tissue and mesh repair. *J Am Coll Surg* 207(3):360–367
- [122].** Ceriani V, Faleschini E, Sarli D et al (2006) Femoral hernia repair. Kugel retroperietal approach versus plug alloplasty: a prospective study. *Hernia* 10(2):169–174.
- [123].** Chen J, Lv Y, Shen Y, Liu S, Wang M (2010) A prospective comparison of preperitoneal tension-free open herniorrhaphy with mesh plug herniorrhaphy for the treatment of femoral hernias. *Surgery* 148(5):976–981
- [124].** Aasvang EK, Bay-Nielsen M, Kehlet H (2006) Pain and functional impairment 6 years after inguinal herniorrhaphy. *Hernia* 10(4):316–321
- [125].** Bischoff JM, Linderöth G, Aasvang EK, Werner MU, Kehlet H (2012) Dysejaculation after laparoscopic inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Surg Endosc* 26(4):979–983.

- [126]. Bendavid R (1992) "Dysejaculation": an unusual complication of inguinal herniorrhaphy. *Postgrad Gen Surg.* 4:139–141
- [127]. Aasvang EK, Mohl B, Kehlet H (2007) Ejaculatory pain: a specific postherniotomy pain syndrome? *Anesthesiology* 107(2):298–304
- [128]. Hallen M, Sandblom G, Nordin P, Gunnarsson U, Kvist U, Westerdahl J (2011) Male infertility after mesh hernia repair: a prospective study. *Surgery* 149(2):179–184
- [129]. Gong K, Zhang N, Lu Y et al. Comparaison du maillage ouvert sans tension, laparoscopie transabdominale préperitonéale (TAPP) et totalement extra-péritonéale (TEP) techniques de réparation primaire unilatérale de la hernie inguinale: une étude prospective randomisée contrôlée essai. *Surg Endosc.* 2011; 25: 234-239
- [130]. Holzheimer RG. Premiers résultats de la réparation de la hernie de Lichtenstein avec Ultrapro-mesh comme économie de coûts procédure - contrôle de la qualité combiné à un questionnaire de qualité de vie modifié (SF-36) une série de patients opérés ambulatoires. *Eur J Med Res.* 2004; 9: 323–327
- [131]. Fricano S, Fiorentino E, Cipolla C, et al. A minor modification of Lichtenstein repair of primary inguinal hernia: postoperative discomfort evaluation. *Am Surg.* 2010;76:764–769.
- [132]. Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J et al (2012) Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand* 56(3):323–331.
- [133]. Nilsson H, Nilsson E, Angera °s U, Nordin P (2011) Mortality after groin hernia surgery: delay of treatment and cause of death. *Hernia* 15(3):301–307

- [134]. M.WOLF, M GAILLARD, C HERVE, «Consentement éclairé : quelle est la question ? Confrontation entre la pratique et la théorie », La presse médicale, 1997, vo1.26, n36, pages 1725-1 729
- [135]. L.M.L. Ong, J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos, F.B. Lammes, Doctor-patient communication: A review of the literature, Soc. Sci. Med. 40 (1995) 903–918. doi:10.1016/0277-9536(94)00155-M.
- [136]. P. Wolkenstein, S. Consoli, J.C. Roujeau, J.J. Grob, [The physician-patient relation. Reporting a severe disease. Education of a patient suffering from a chronic disease. Personalizing medical management], Ann. Dermatol. Vénéréologie. 129 (2002) S7-10.
- [137]. 15 J.F. Ha, N. Longnecker, Doctor-Patient Communication: A Review, Ochsner J. 10 (2010) 38–43.
- [138]. Haddad L, Dreyfus J-M. Une médecine de mort: du code de Nuremberg à l'éthique médicale contemporaine. Vendémiaire ; 2014. 383 p.
- [139]. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. Innovations. 11 oct 2012;(39):13- 25.
- [140]. Bourgeon D. Le don et la relation de soin : historique et perspectives ... Rech soins Infirm. (89):4- 14.
- [141]. Claude Richard; Marie therese Lussier. La communication professionnelle en santé. ERPI.
- [142]. Au coeur de la relation thérapeutique. Le transfert en odonto-stomatologie - Marc-Gérald Choukroun [Internet]. [Cité 19 juin 2017].
- [143]. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. Innovations. 11 oct2012;(39):13- 25.

- [144]. Pierron J-P. The changes of relationship between the doctor and his patient. *Sci Soc Santé*. Vol. 25(2):43- 66.
- [145]. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique* [Internet]. [cité 3 juin 2017];19.
- [146]. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. *Innovations*. 11 oct 2012;(39):13- 25.
- [147]. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Trib Santé*. 2004;no5(4):39- 46.
- [148]. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 22 avr1992;267(16):2221- 6.
- [149]. Vassal JP. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. juin 2003. Paris, SNPMD;2003. 104 p.
- [150]. [Bardes CL. Defining Patient-Centered Medicine. *N Engl J Med*. 1mars 2012;366(9):782- 3.
- [151]. LA RELATION CHIRURGIEN-PATIENT « J'ai pas fait parleuse » Emmanuelle Zolesio John Libbey Eurotext | « Sciences sociales et santé » 2012/4 Vol. 30 | pages 75 à 98 ISSN 0294-0337
- [152]. Cassell J., 1987, The good surgeon, *International Journal of Moral and Social Studies*, II, 2, 155-171.
- [153]. Goffman E., 1975 (1963), *Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, Coll. Le sens commun. 111 Bonvin F., 1993, Le malade-objet, In : Bourdieu P., ed., *La misère du monde*, Paris, Le Seuil, 871-880.
- [154]. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. janv 2012;86(1):9- 18.

- [155]. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1982. Sept 1999;49(5):651–61.
- [156]. Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère M-O. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* oct 2007;27(5):539–46.
- [157]. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* mars 2006;60(3):301–12.
- [158]. King JS, Eckman MH, Moulton BW. The potential of shared decision making to reduce health disparities. *J Law Med Ethics J Am Soc Law Med Ethics.* mars 2011;39 Suppl 1:30–3.
- [159]. Haute Autorité de santé - 12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
- [160]. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, (2016). <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=communication> (accessed August 26, 2016).
- [161]. A.M. Elliott, S.C. Alexander, C.A. Mescher, D. Mohan, A.E. Barnato, Differences in Physicians' Verbal and Nonverbal Communication With Black and White Patients at the End of Life, *J. Pain Symptom Manage.* 51 (2016) 1–8. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.008.
- [162]. P. Ley, *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction, and Compliance*, Chapman and Hall, Croom Helm, 1988.
- [163]. O. Laccourreye, E.-N. Garabedian, M.-A. Samad, C. Dubreuil, Medical information prior to invasive medical procedures in otorhinolaryngology-head and neck surgery in France, *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.* 129 (2012) 38–43. doi:10.1016/j.anorl.2011.05.007.

- [164]. A.J. Lloyd, P.D. Hayes, N.J. London, P.R. Bell, A.R. Naylor, Patients' ability to recall risk associated with treatment options, *Lancet Lond. Engl.* 353 (1999) 645.
- [165]. J.A. Hall, M.C. Dorman, What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature, *Soc. Sci. Med.* 1982. 27 (1988) 935–939.
- [166]. E.E. Bartlett, M. Grayson, R. Barker, D.M. Levine, A. Golden, S. Libber, The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence, *J. Chronic Dis.* 37 (1984) 755–764.
- [167]. I. Heszen-Klemens, E. Lapińska, Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment, *Soc. Sci. Med.* 1982. 19 (1984) 9–18.
- [168]. J.E. Orth, W.B. Stiles, L. Scherwitz, D. Hennrikus, C. Vallbona, Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control, *Health Psychol. Off. J. Div. Health Psychol. Am. Psychol. Assoc.* 6 (1987) 29–42.
- [169]. [M.A. Stewart, Effective physician-patient communication and health outcomes: a review, *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can.* 152 (1995) 1423–1433.
- [170]. L.M.L. Ong, J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos, F.B. Lammes, Doctor-patient communication: A review of the literature, *Soc. Sci. Med.* 40 (1995) 903–918. doi:10.1016/0277-9536(94)00155-M.
- [171]. D. Schillinger, J. Piette, K. Grumbach, F. Wang, C. Wilson, C. Daher, K. Leong-Grotz, Castro, A.B. Bindman, Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy, *Arch. Intern. Med.* 163 (2003) 83–90.
- [172]. L.D. Egbert, G.E. Battit, C.E. Welch, M.K. Bartlett, REDUCTION OF POSTOPERATIVE PAIN BY ENCOURAGEMENT AND INSTRUCTION OF PATIENTS. A STUDY OF

- DOCTOR-PATIENT RAPPORT, N. Engl. J. Med. 270 (1964) 825–827.
doi:10.1056/NEJM196404162701606.
- [173]. R. Dua, L. Vassiliou, K. Fan, Common maxillofacial terminology: do our patients understand what we say?, Surg. J. R. Coll. Surg. Edinb. Irel. 13 (2015) 1–4.
doi:10.1016/j.surge.2013.09.009.
- [174]. 226 CARBIT A .DAPOGNY Patients –médecins tous vos droits Ed du puits fleuri 1992. Coll .le conseiller juridique pour tous
- [175]. BADOUINJIL Ethique et législation « le point de vue canadien intern, J.bioeth
- [176]. OTFIELD H. Petit dictionnaire de l'éthique. ED.francaise adaptée et augmentée par lukes L Sosoe ; 1993
- [177]. LECLERC F, L'information et consentement des patients à l'hôpital
- [178]. BOUBAKER D. Soins à un malade musulman. Ethique et pratique médicale_Hervé Durant,ouvre .coll. AP-HP-DOIN ,1995
- [179]. COLOMBAT PH .ROBERTIE E. Prise en charge des maladies en fin de vie. Repères et situations en éthique, coll. Sciences humaines, Médecine, ellipses .Ed Marketing. S.A ,1996 ,175-183 ;
- [180]. DUPONT Droit hospitalier Ed. Dalloz, 1996
- [181]. DOUCHEZ B. Les règles légales et déontologiques. Section 3 l'acte médical et les droits des malades. COLL. Droit médecine n°3 .C. Neirinck
- [182]. JEAN P. Droits du patient Soins formations pédagogiques encadrant n°23,3° trimestre 1997-32-37

- [183]. ORTOLON K Squeeze Play Patient and physician rights could be aside as state pursues medical managed care Texas medecind march 1995 vol 91 n°3
- [184]. AUBYJM L'information du malade. Quelque aspects juridiques. sociologie santén1995, n°12,93-106
- [185]. FAGOT, LARGEAULT Le consentement éclairé historique du concept de consentement Ed techniques médecine droit n°6 MAI/JUIN 1994 1996 .VOL 398 n°7-8.564-567
- [186]. BICLET P. Consentement aux soins. Ethique et pratique médicale –Hervé Durant, Ouvr.coil,AL-HPCOIN, 1995.4-6
- [187]. CLEMENT J.M Droits des malades et bioéthique Ed Berger Lvrant, septembre 1996.
- [188]. PAPE C Legal and ethical considerations of informed consent aorn journal,june 1997, vol 65. N°6
- [189]. BENSEGHIR.MA.A. Responsabilité médicale et droits du patient. Revue marocaine de droit et l'économie de développement : 79-86
- [190]. BARATTAN. Le droit des patients,le patient entre cityen et usager. Rapport de la 6ème journée du centre René-Huguenin : sous le thème : les malades ony ils des droroits ? echanges et controverses
- [191]. EVIN C Petit dictionnaire des droits des malades Ed. Du seuil.1998
- [192]. Cyril Clément, op cit. p : 69
- [193]. LIN DAUBECH : «le malade à l'hôpital» édition ères ,2000. p : 204
- [194]. CARBIT A .DAPOGNY Patients –médecins tous vos droits Ed du puits fleuri 1992. Coll .le conseillé juridique pour tous

- [195]. Arrêt de la cour suprême, N°2391, dossier civil N°90 3804, du 26 mai 1994 ;
- [196]. voir arrêt de la cour suprême n°2149 du 31/5/2001(annexe2).
- [197]. Article 25 du code de déontologie médicale marocain.
- [198]. la capacité est l'aptitude à exercer ses propres droits. Le pouvoir est l'aptitude à exercer les droits d'autrui, à agir pour le compte d'autrui et en son nom.
- [199]. Jean Michel de forge et jean francois seuvic, op cit. P:260.
- [200]. Jean Michel de forge et jean francois seuvic, op cit. p : 262.
- [201]. Yves Henri leleu, G.genicot :«le droit médical, aspect juridique de la relation medecin-patient», p : 92-93.
- [202]. Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre, code de déontologie médicale Français. Articles R 4127-1 à R 4127-1 12 du code de santé publique.
- [203]. Ministère de la santé et des solidarités, loi n02005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie. JO n95 du 23 avril 2005 et ses décrets d'application du 6 février 2006
- [204]. Imane El Malki, op cit; p : 75
- [205]. MOULEDOUS, C. Implication de la loi du 4 mars 2002 sur l'exercice libéral en odontologie. Thèse Chir. Dent. n°2006-TOU3-3023, TOULOUSE, 2006.
- [206]. [HERVE,C. – DE MONTGOLFIER, S. – MOUTEL, G. Quel consentement ? *Biofutur*, 2000, 197, 21-23.
- [207]. SPRANZI, M. Autonomie et consentement Master d'Ethique médicale Université de Paris-Descartes 2009

- [208]. EYRAUD, B. – VIDAL-NAQUET, P.A. Consentir sous tutelle *Tracés*, 14, Mai 2008, pp. 103-127
- [209]. S. Azencot. Le Consentement Du Patient En Médecine Générale. Thèse. UNIVERSITÉ HENRI Poincaré NANCY 1. 2001
- [210]. Debarre J-M. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. *Méd droit* (Paris) (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.meddro.2017.03.001>
- [211]. ROUGE-MAILLARD c., PENNEAU M. Consentement et information du patient. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale* 1999 ; 100 (2) : 88-94
- [212]. MOUTEL, G. - SFEZ, L. - GODEAU, P. - HERVE, C. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients : l'an 1 de la démocratie sanitaire ? *Le courrier de l'éthique*, 2002, 2, 45-49
- [213]. MOUTEL, G. Devoir d'information vis-à-vis des patients, risque et incertitude : évolution et enjeux éthiques. Etudes et synthèses 2005. Laboratoire d'éthique médicale et Médecine légale Univ Paris 5. Disponible sur www.ethique.inserm.fr.
- [214]. NOSSINTCHOUK, R. Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire. Edition cdp, 2002.
- [215]. AMBROSINI, J-C. Devoir d'information et consentement éclairé du patient. In : Le Livre Blanc de la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale française. 2006. Disponible sur : <http://www.sfscmf.fr/livre-blanc/>
- [216]. VELUIRE, A. Données pratiques sur le consentement éclairé. *Droits, déontologie et soin*. Décembre. 2006, vol.6 n°4, p. 536-543
- [217]. NDJANA, Y.B.N., Le langage dans la relation medecin-patient : pour une interpretation de l'interhumain. Mémoire de master d'éthique médicale et biologique.2005. Laboratoire d'éthique médicale et Médecine légale. Univ Paris 5. Disponible sur www.ethique.inserm.fr.
- [218]. LUCAS, J. *Le Bulletin de l'Ordre national des médecins*. N° 5 mai 2006.

- [219]. MOUTEL, G. Devoir d'information vis-à-vis des patients, risque et incertitude : évolution et enjeux éthiques. *Etudes et synthèses* 2005. Laboratoire d'éthique médicale et Médecine légale Univ Paris 5. Disponible sur www.ethique.inserm.fr.
- [220]. HOCQUET-BERG, S. La place du défaut d'information dans le mécanisme d'indemnisation des accidents médicaux. *Responsabilité civile et assurances*. Mai 2010, étude n° 5
- [221]. MOUTEL, G. Le refus de soins conscient ou inconscient Laboratoire d'éthique médicale et Médecine légale Univ Paris 5. Disponible sur : www.ethique.inserm.fr
- [222]. RICOEUR P. Parcours de la reconnaissance, Paris, Stock, 2004
- [223]. BEAUCHAMP, T. L. – CHILDRESS, J.F. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris : éd. Les belles lettres, 2008.
- [224]. B. DENIS, J. BOHLAENDER, J. GOINEAU et al., « Consentement éclairé en endoscopie digestive. Enquête d'opinion auprès des malades », Masson, Paris, 2002
- [225]. ANAES. Information des patients, recommandations destinées aux médecins. Mars 2000
- [226]. SEBASTIANI M; GIACHI R; ROSSI M; LUNGAROTTI F; La hernie inguinale chez les enfants , J. Chir. Paris; 1987 Juin-Juillet; 124 (6-7): p. 391-393.
- [227]. STOPPA R. ; Mécanisme des hernies de l'aine, Stage de perfectionnement en chirurgie de la paroi abdominale, Clinique chirurgicale, CHU Amiens, 19 - 21 Mars 1990.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريض هدي الأول.
 - وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



رقم الأطروحة: 63

سنة : 2021

الموافقة المستنيرة في جراحة الفتق الاربي

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف:

السيد ياسر بوشواطة

المزاد في 04 ماي 1995 بمشعر بلقصيري

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الفتق الاربي - الموافقة المستنيرة - استمارة المعلومات

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيد فريد الصباح

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد عبد المنعم ايت علي

أستاذ في الجراحة العامة

عضو

السيد محمد طارق تاج الدين

أستاذ في الجراحة العامة

عضو

السيد عبد الرحمان الحجوجي

أستاذ في الجراحة العامة