

*UNIVERSITE MOHAMMED V*  
*FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-*

*ANNEE: 2012*

*THESE N°: 211*

**L'INFORMATION DU MALADE ATTEINT  
DU CANCER PARTICULARITES DU MALADE MAROCAIN**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le : .....*

**PAR**

**Mr. Anwar BOUKIR**

*Né le 17 Octobre 1985 à Rabat*

*Médecin Interne du CHU Ibn Sina Rabat*

**Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine**

**MOTS CLES:** Information médical – Oncologie – Consentement éclairé –  
Relation médecin malade.

**JURY**

**Mr. H. ERRIHANI**

Professeur d'Oncologie Médical

**Mr. H. HACHI**

Professeur de Chirurgie Générale

**Mme. I. CHAMI**

Professeur de Radiologie

**Mr. M. ICHOU**

Professeur d'Oncologie Médical

**PRESIDENT &  
RAPPORTEUR**

**JUGES**



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا  
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية 31

صِدْقَ اللَّهِ الْعَظِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

1962 – 1969 : Docteur 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

**ADMINISTRATION :**

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ  
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes  
Professeur Mohammed JIDDANE  
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération  
Professeur Ali BENOMAR  
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie  
Professeur Yahia CHERRAH  
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**PROFESSEURS :**

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie

4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie

6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie

7. Pr. HAMANI Ahmed\* Cardiologie

8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire

9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie – Réanimation

10. Pr. TAOBANE Hamid\* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali\* Oto-Rhino-Laryngologie

12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire

13. Pr. BENSOUHA Mohamed Anatomie

14. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique

15. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma Physiologie

Novembre 1983

- |                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| 16. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*      | Pneumo-phtisiologie |
| 17. Pr. BALAFREJ Amina            | Pédiatrie           |
| 18. Pr. BELLAKHDAR Fouad          | Neurochirurgie      |
| 19. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia | Rhumatologie        |
| 20. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine       | Cardiologie         |

Décembre 1984

- |                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 21. Pr. BOUCETTA Mohamed*            | Neurochirurgie          |
| 22. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie           |
| 23. Pr. MAAOUNI Abdelaziz            | Médecine Interne        |
| 24. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi         | Anesthésie -Réanimation |
| 25. Pr. NAJI M'Barek *               | Immuno-Hématologie      |
| 26. Pr. SETTAF Abdellatif            | Chirurgie               |

Novembre et Décembre 1985

- |   |   |
|---|---|
| 27. Pr. BENJELLOUN Halima                 | Cardiologie                               |
| 28. Pr. BENSAID Younes                    | Pathologie Chirurgicale                   |
| 29. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie                                |
| 30. Pr. IHRAI Hssain *                    | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 31. Pr. IRAQI Ghali                       | Pneumo-phtisiologie                       |
| 32. Pr. KZADRI Mohamed                    | Oto-Rhino-laryngologie                    |

Janvier, Février et Décembre 1987

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 33. Pr. AJANA Ali                          | Radiologie                   |
| 34. Pr. AMMAR Fanid                        | Pathologie Chirurgicale      |
| 35. Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép. TAOBANE | Gastro-Entérologie           |
| 36. Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq    | Pneumo-phtisiologie          |
| 37. Pr. EL HAITEM Naïma                    | Cardiologie                  |
| 38. Pr. EL MANSOURI Abdellah*              | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 39. Pr. EL YAACOUBI Moradh                 | Traumatologie Orthopédie     |
| 40. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah           | Gastro-Entérologie           |
| 41. Pr. LACHKAR Hassan                     | Médecine Interne             |
| 42. Pr. OHAYON Victor*                     | Médecine Interne             |
| 43. Pr. YAHYAOUI Mohamed                   | Neurologie                   |

Décembre 1988

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 44. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique    |
| 45. Pr. DAFIRI Rachida              | Radiologie               |
| 46. Pr. FAIK Mohamed                | Urologie                 |
| 47. Pr. HERMAS Mohamed              | Traumatologie Orthopédie |
| 48. Pr. TOLOUNE Farida*             | Médecine Interne         |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- |                                    |                         |
|------------------------------------|-------------------------|
| 49. Pr. ADNAOUI Mohamed            | Médecine Interne        |
| 50. Pr. AOUNI Mohamed              | Médecine Interne        |
| 51. Pr. BENAMEUR Mohamed*          | Radiologie              |
| 52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali | Cardiologie             |
| 53. Pr. CHAD Bouziane              | Pathologie Chirurgicale |
| 54. Pr. CHKOFF Rachid              | Urologie                |

55. Pr. KHARBACH Aïcha  
 56. Pr. MANSOURI Fatima  
 57. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda  
 58. Pr. SEDRATI Omar\*  
 59. Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique  
 Anatomie-Pathologique  
 Neurologie  
 Dermatologie  
 Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

60. Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
 61. Pr. ATMANI Mohamed\*  
 62. Pr. AZZOUZI Abderrahim  
 63. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM  
 64. Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
 65. Pr. BENABDELLAH Chahrazad  
 66. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif  
 67. Pr. BENSOU DA Yahia  
 68. Pr. BERRAHO Amina  
 69. Pr. BEZZAD Rachid  
 70. Pr. CHABRAOUI Layachi  
 71. Pr. CHANA El Houssaine\*  
 72. Pr. CHERRAH Yahia  
 73. Pr. CHOKAIRI Omar  
 74. Pr. FAJRI Ahmed\*  
 75. Pr. JANATI Idrissi Mohamed\*  
 76. Pr. KHATTAB Mohamed  
 77. Pr. NEJMI Maati  
 78. Pr. OUAALINE Mohammed\*  
 79. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH  
 80. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
 Anesthésie Réanimation  
 Anesthésie Réanimation  
 Néphrologie  
 Chirurgie Générale  
 Hématologie  
 Chirurgie Générale  
 Pharmacie galénique  
 Ophtalmologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Biochimie et Chimie  
 Ophtalmologie  
 Pharmacologie  
 Histologie Embryologie  
 Psychiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Anesthésie-Réanimation  
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène  
 Pharmacologie  
 Chimie thérapeutique

Décembre 1992

81. Pr. AHALLAT Mohamed  
 82. Pr. BENOUDA Amina  
 83. Pr. BENSOU DA Adil  
 84. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
 85. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
 86. Pr. CHRAIBI Chafiq  
 87. Pr. DAOUDI Rajae  
 88. Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
 89. Pr. EL HADDOURY Mohamed  
 90. Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
 91. Pr. FELLAT Rokaya  
 92. Pr. GHAFIR Driss\*  
 93. Pr. JIDDANE Mohamed  
 94. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine  
 95. Pr. TAGHY Ahmed  
 96. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale  
 Microbiologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Ophtalmologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Anesthésie Réanimation  
 Neurochirurgie  
 Cardiologie  
 Médecine Interne  
 Anatomie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Chirurgie Générale  
 Microbiologie

Mars 1994

97. Pr. AGNAOU Lahcen	Ophtalmologie
98. Pr. AL BAROUDI Saad	Chirurgie Générale
99. Pr. BENCHERIFA Fatiha	Ophtalmologie
100. Pr. BENJAAFAR Nouredine	Radiothérapie
101. Pr. BENJELLOUN Samir	Chirurgie Générale
102. Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
103. Pr. CAOUI Malika	Biophysique
104. Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
105. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT	Gynécologie Obstétrique
106. Pr. EL AOUD Rajae	Immunologie
107. Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumatologie-Orthopédie
108. Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
109. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur	Médecine Interne
110. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*	Chirurgie Cardio- Vasculaire
111. Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale
112. Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
113. Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
114. Pr. HADRI Larbi*	Médecine Interne
115. Pr. HASSAM Badredine	Dermatologie
116. Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
117. Pr. JELTHI Ahmed	Anatomie Pathologique
118. Pr. MAHFOUD Mustapha	Traumatologie – Orthopédie
119. Pr. MOUDENE Ahmed*	Traumatologie- Orthopédie
120. Pr. OULBACHA Said	Chirurgie Générale
121. Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie –Obstétrique
122. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR	Dermatologie
123. Pr. SLAOUI Anas	Chirurgie Cardio-Vasculaire

#### Mars 1994

124. Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
125. Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
126. Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
127. Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
128. Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
129. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
130. Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
131. Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
132. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae	Ophtalmologie
133. Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
134. Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
135. Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
136. Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
137. Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

138. Mars 1995
139. Pr. ABOUQUAL Redouane Réanimation Médicale
140. Pr. AMRAOUI Mohamed Chirurgie Générale
141. Pr. BAIDADA Abdelaziz Gynécologie Obstétrique
142. Pr. BARGACH Samir Gynécologie Obstétrique
143. Pr. BEDDOUCHE Amqrane\* Urologie
144. Pr. BENZAOUZ Mustapha Gastro-Entérologie
145. Pr. CHAARI Jilali\* Médecine Interne
146. Pr. DIMOU M'barek\* Anesthésie Réanimation
147. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine\* Anesthésie Réanimation
148. Pr. EL MESNAOUI Abbas Chirurgie Générale
149. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila Oto-Rhino-Laryngologie
150. Pr. FERHATI Driss Gynécologie Obstétrique
151. Pr. HASSOUNI Fadil Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
152. Pr. HDA Abdelhamid\* Cardiologie
153. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed Urologie
154. Pr. IBRAHIMY Wafaa Ophtalmologie
155. Pr. MANSOURI Aziz Radiothérapie
156. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia Ophtalmologie
157. Pr. RZIN Abdelkader\* Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
158. Pr. SEFIANI Abdelaziz Génétique
159. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali Réanimation Médicale
- 
160. Décembre 1996
161. Pr. AMIL Touriya\* Radiologie
162. Pr. BELKACEM Rachid Chirurgie Pédiatrie
163. Pr. BELMAHI Amin Chirurgie réparatrice et plastique
164. Pr. BOULANOVAR Abdelkrim Ophtalmologie
165. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan Chirurgie Générale
166. Pr. EL MELLOUKI Ouafae\* Parasitologie
167. Pr. GAOUZI Ahmed Pédiatrie
168. Pr. MAHFOUDI M'barek\* Radiologie
169. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid Chirurgie Générale
170. Pr. MOHAMMADI Mohamed Médecine Interne
171. Pr. MOULINE Soumaya Pneumo-phtisiologie
172. Pr. OUADGHIRI Mohamed Traumatologie-Orthopédie
173. Pr. OUZEDDOUN Naima Néphrologie
174. Pr. ZBIR EL Mehdi\* Cardiologie
- 
- Novembre 1997
175. Pr. ALAMI Mohamed Hassan Gynécologie-Obstétrique
176. Pr. BEN AMAR Abdesselem Chirurgie Générale
177. Pr. BEN SLIMANE Lounis Urologie
178. Pr. BIROUK Nazha Neurologie
179. Pr. BOULAICH Mohamed O.RL.
180. Pr. CHAOUIR Souad\* Radiologie
181. Pr. DERRAZ Said Neurochirurgie

182. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
183. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
184. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie
185. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
186. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
187. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
188. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
189. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
190. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
191. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
192. Pr. SAFI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
193. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
194. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

195. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
196. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo-phtisiologie
197. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto-Rhino-Laryngologie
198. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
199. Pr. BOUGTABAbdesslam	Chirurgie Générale
200. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
201. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
202. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
203. Pr. LAZRAK Khalid ( M)	Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

204. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
205. Pr. KHATOURI ALI*	Cardiologie
206. Pr. LABRAIMI Ahmed*	Anatomie Pathologique

Janvier 2000

207. Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
208. Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
209. Pr. BENCHERIF My Zahid	Ophthalmologie
210. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd	Pédiatrie
211. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
212. Pr. CHAOUI Zineb	Ophthalmologie
213. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
214. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
215. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
216. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
217. Pr. EL OTMANYAzzedine	Chirurgie Générale
218. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
219. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
220. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
221. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
222. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
223. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
224. Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
225. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

226. Novembre 2000  
 227. Pr. AIDI Saadia  
 228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
 229. Pr. AJANA Fatima Zohra  
 230. Pr. BENAMR Said  
 231. Pr. BENCHEKROUN Nabihah  
 232. Pr. CHERTI Mohammed  
 233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
 234. Pr. EL HASSANI Amine  
 235. Pr. EL IDGHIRI Hassan  
 236. Pr. EL KHADER Khalid  
 237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
 238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
 239. Pr. HSSAIDA Rachid\*  
 240. Pr. LACHKAR Azzouz  
 241. Pr. LAHLOU Abdou  
 242. Pr. MAFTAH Mohamed\*  
 243. Pr. MAHASSINI Najat  
 244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
 245. Pr. NASSIH Mohamed\*  
 246. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie  
 Dermatologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Générale  
 Ophtalmologie  
 Cardiologie  
 Anesthésie-Réanimation  
 Pédiatrie  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Urologie  
 Rhumatologie  
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
 Anesthésie-Réanimation  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Neurochirurgie  
 Anatomie Pathologique  
 Pédiatrie  
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
 Neurologie

#### Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil  
 248. Pr. AOUAD Aicha  
 249. Pr. BALKHI Hicham\*  
 250. Pr. BELMEKKI Mohammed  
 251. Pr. BENABDELJLIL Maria  
 252. Pr. BENAMAR Loubna  
 253. Pr. BENAMOR Jouda  
 254. Pr. BENELBARHDADI Imane  
 255. Pr. BENNANI Rajae  
 256. Pr. BENOUACHANE Thami  
 257. Pr. BENYOUSSEF Khalil  
 258. Pr. BERRADA Rachid  
 259. Pr. BEZZA Ahmed\*  
 260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
 261. Pr. BOUHOUCHE Rachida  
 262. Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
 263. Pr. CHAT Latifa  
 264. Pr. CHELLAOUI Mounia  
 265. Pr. DAALI Mustapha\*  
 266. Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
 267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira  
 268. Pr. EL HIJRI Ahmed  
 269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
 270. Pr. EL MADHI Tarik  
 271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid  
 272. Pr. EL OUNANI Mohamed

Anesthésie-Réanimation  
 Cardiologie  
 Anesthésie-Réanimation  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Néphrologie  
 Pneumo-phtisiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Cardiologie  
 Pédiatrie  
 Dermatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Rhumatologie  
 Anatomie  
 Cardiologie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Chirurgie Générale  
 Radiologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Anesthésie-Réanimation  
 Neuro-Chirurgie  
 Chirurgie-Pédiatrique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie Générale

273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil  
 274. Pr. ETTAIR Said  
 275. Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
 276. Pr. GOURINDA Hassan  
 277. Pr. HRORA Abdelmalek  
 278. Pr. KABBAJ Saad  
 279. Pr. KABIRI EL Hassane\*  
 280. Pr. LAMRANI Moulay Omar  
 281. Pr. LEKEHAL Brahim  
 282. Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
 283. Pr. MEDARHRI Jalil  
 284. Pr. MIKDAME Mohammed\*  
 285. Pr. MOHSINE Raouf  
 286. Pr. NABIL Samira  
 287. Pr. NOUINI Yassine  
 288. Pr. OUALIM Zouhir\*  
 289. Pr. SABBAH Farid  
 290. Pr. SEFIANI Yasser  
 291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia  
 292. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Radiologie  
 Pédiatrie  
 Neuro-Chirurgie  
 Chirurgie-Pédiatrique  
 Chirurgie Générale  
 Anesthésie-Réanimation  
 Chirurgie Thoracique  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Médecine Interne  
 Chirurgie Générale  
 Hématologie Clinique  
 Chirurgie Générale  
 Gynécologie Obstétrique  
 Urologie  
 Néphrologie  
 Chirurgie Générale  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Pédiatrie  
 Urologie

Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
 294. Pr. AMEUR Ahmed \*  
 295. Pr. AMRI Rachida  
 296. Pr. AOURARH Aziz\*  
 297. Pr. BAMOU Youssef \*  
 298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
 299. Pr. BENBOUAZZA Karima  
 300. Pr. BENZEKRI Laila  
 301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia\*  
 302. Pr. BERNOUSSI Zakiya  
 303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya  
 304. Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
 305. Pr. CHKIRATE Bouchra  
 306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
 307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed  
 308. Pr. EL BARNOUSSI Leila  
 309. Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
 310. Pr. EL MANSARI Omar\*  
 311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid  
 312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
 313. Pr. HADDOUR Leila  
 314. Pr. HAJJI Zakia  
 315. Pr. IKEN Ali  
 316. Pr. ISMAEL Farid  
 317. Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
 318. Pr. KRIOULE Yamina

Anatomie Pathologique  
 Urologie  
 Cardiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Biochimie-Chimie  
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
 Rhumatologie  
 Dermatologie  
 Gastro-Entérologie  
 Anatomie Pathologique  
 Psychiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Urologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Chirurgie Générale  
 Gynécologie Obstétrique  
 Cardiologie  
 Ophtalmologie  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Pédiatrie

319. Pr. LAGHMARI Mina  
 320. Pr. MABROUK Hfid\*  
 321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
 322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid\*  
 323. Pr. MOUSTAINE My Rachid  
 324. Pr. NAITLHO Abdelhamid\*  
 325. Pr. OUJILAL Abdelilah  
 326. Pr. RACHID Khalid \*  
 327. Pr. RAISS Mohamed  
 328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
 329. Pr. RHOU Hakima  
 330. Pr. SIAH Samir \*  
 331. Pr. THIMOU Amal  
 332. Pr. ZENTAR Aziz\*  
 333. Pr. ZRARA Ibtisam\*

Ophtalmologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Cardiologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Médecine Interne  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Générale  
 Pneumophtisiologie  
 Néphrologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Anatomie Pathologique

### PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334. Pr. ABDELLAH El Hassan  
 335. Pr. AMRANI Mariam  
 336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
 337. Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
 338. Pr. BENRAMDANE Larbi\*  
 339. Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
 340. Pr. BOULAADAS Malik  
 341. Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
 342. Pr. CHAGAR Belkacem\*  
 343. Pr. CHERRADI Nadia  
 344. Pr. EL FENNI Jamal\*  
 345. Pr. EL HANCHI ZAKI  
 346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
 347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
 348. Pr. HACHI Hafid  
 349. Pr. JABOUIRIK Fatima  
 350. Pr. KARMANE Abdelouahed  
 351. Pr. KHABOUZE Samira  
 352. Pr. KHARMAZ Mohamed  
 353. Pr. LEZREK Mohammed\*  
 354. Pr. MOUGHIL Said  
 355. Pr. NAOUMI Asmae\*  
 356. Pr. SAADI Nozha  
 357. Pr. SASSENOU ISMAIL\*  
 358. Pr. TARIB Abdelilah\*  
 359. Pr. TIJAMI Fouad  
**360.** Pr. ZARZUR Jamila

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

**361. Janvier 2005**

362. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
363. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
364. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
365. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
366. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
367. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
368. Pr. AZIZ Noureddine*	Radiologie
369. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
370. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
371. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
372. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
373. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
374. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
375. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
376. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
377. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
378. Pr. EL HAMZAOUI Sakina	Microbiologie
379. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
380. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
381. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
382. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
383. Pr. KENDOUCI Mohamed*	Cardiologie
384. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
385. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
386. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
387. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
388. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
389. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
390. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

**AVRIL 2006**

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibteissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne

440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441 Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
455. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
456. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
457.Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

### Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila	Anatomie pathologique
459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra*	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie

484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADI Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali *	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie

Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

### Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. RAISSOUNI Zakaria*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

## ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3. Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5. Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

\* *Enseignants Militaires*



# *Remerciements*

*A mon maitre et président et Rapporteur de thèse*

*Monsieur le Professeur ERRIHANI HASSAN*

*Professeur d'oncologie médical*

*Si votre présidence du jury de cette thèse est pour nous un grand honneur, elle confirme les qualités professionnelles et humaines que reconnaissent tous les étudiants et résidents qui sont passés par votre service.*

*Votre compétence, votre rigueur et votre profond humanisme font de vous un modèle d'éducateur.*

*Ce petit mot ne pourra certainement pas refléter nos sentiments et notre gratitude, mais soyez assurée que vos efforts envers les malades, les étudiants et les résidents les touchent profondément.*

*Vous pouvez vous enorgueillir d'avoir accompli votre devoir d'éducateur.*

*Nous vous renouvelons, notre profonde estime et admiration pour ce que vous êtes.*

*A mon maitre et juge de thèse*  
*Monsieur le professeur Mohamed ICHOU*  
*Professeur d'oncologie médical*

*Votre dévouement, votre amabilité et vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité notre admiration et notre respect.*

*Veillez trouvez dans ce travail, un modeste témoignage de notre grande estime et notre considération.*

*A mon maitre et juge de thèse  
Madame le professeur Chami Ilham  
Professeur de Radiologie*

*Vous avez accepté de siéger parmi le jury de notre thèse. Ce geste dénote non seulement de votre gentillesse mais surtout de votre souci du devoir envers vos étudiants.*

*Veillez accepter Monsieur le Professeur, ma profonde reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.*

*Soyez assuré que c'est une fierté pour nous de vous compter parmi les membres de notre jury.*

*A mon maitre et juge de thèse*  
*Monsieur le professeur HACHI HAFID*  
*Professeur de chirurgie général*

*Nous sommes profondément touchés par votre gentillesse et la spontanéité de votre accueil.*

*Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.*



# *Remerciements*

*A mes chers parents*  
*El maliki Aicha et abdeljalil Boukir.*

*Les mots semblent parfois si dénués de sens qu'il est difficile de trouver l'expression qui traduise mon amour, mon attachement, et ma reconnaissance pour tous les efforts que vous consentez à mon égard.*

*Ce travail n'aurait pu prendre de forme sans votre soutien inconditionnel conjugué à l'affection dont vous n'avez cessé de m'entourer.*

*Puisse Dieu vous accorder sa sainte miséricorde, santé et longue vie, afin que je puisse vous combler à mon tour.*

*A ma sœur SARA  
et frères ANAS et AYOUB :*

*L'amour que je vous porte est sans égal, votre soutien et vos encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort.*

*Je vous dédie ce travail avec la plus grande reconnaissance, et la profonde affection.*

*Que dieu vous protège et vous assure une bonne santé et une longue et heureuse vie.*

*A mes grands pères Hadj Ghanem et Ba sidi Abderahmane  
et a mes grands mères Rkia et Hlima:*

*A Mes tantes maternelles :Bahija et son epoux  
Rahmane , Khadija ,Massira et son Epoux ALi*

*A Mes oncles maternelles : SiMohamed et sa femme  
Anjeza ,Nourredine et sa femme et ses enfants.*

*A mes Tantes paternelles : Chama ,Fatima ,  
Tamou,Haboub*

*A mes oncles paternelles :said oncle et ami et complice  
,Abdelkrim,Sadik,Mohamed,Abdeslam*

*Puisse Dieu vous garder en bonne santé, et vous prêter longue vie  
pleine de bonheur et de succès.*

***A La Bs Band :***

*A Khalid Jouid en souvenir des bons et moins bons moments ,  
la galère de l'hématologie, Le STIKS Trip , le sandwich Riz  
d'azrou, la préparation d'internat , La ruch ... Compte toujours  
sur moi les yeux fermés mon frère*

*A Otman mennaoui en souvenir de nos discussions  
de vieux, de nos projets non réalisés , des raclés en PES,  
de la CARDA Trip, des plans foireux non publiable sur une thèse ,  
de nos incompatibilités qu'on a réussi a transformer en  
complicité... N'oublie jamais que tu as en plus d'un ami , Un frère...*

*A Redallah Zrarqui le BS en personne , qui fait que notre band  
appartiennes toujours au 21 siècle (et meme parfois au 22 eme) la  
personne zen , sage et incontournable , en souvenir de tous les bons  
moments , de notre medramo, de la Chaoun Trip et de sa Mosquée , nous  
resterons comme pour toujours des Frères.*

***A la famille Jouid , Mennaoui Et Zrarqui***

*qui ont toujours veillé sur nous*

*A **Azghari Ilham***

*l'unique par sa bonté et sa beauté et qui a toujours su être auprès  
de moi dans les grands moments .Que dieu te garde pour tous ceux  
qui t'aiment.*

*A Mes Amis Salim Nassif, Abdallah Saadi , Mounir Kamouni et  
abd nader ouaddar (Blayake) et leurs familles ,*

*A mon ami et cousin Zouhir Boutimah*

*A mes amis d'enfance Youssef errachidi et Amine Zghari*

*A ma promotion d'oncologues : Mustapha el Kabous , Fadwa  
el Omrani et Imane Ouziane*

*Aux internes promotion Décembre 2008 , ainsi que  
pour tous les interne du CHU Ibn Sina*

*A Raul Gonzalez Blanco*

*A Naybet , Bassir , Hadji et a l'equipe de 1998*

*A Cheb Khaled*

*Au Real madrid*

*Au Linkin Park*

*A John-Dorian et Scrubs*

*A Kyle, Stan, Kenny et cartman*

*A Armin Van Buuren*

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	5
1.CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON :.....	6
2. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES :.....	8
3. DEFINITION DES VARIABLES ANALYSEES :.....	8
<b>RESULTATS</b> .....	11
I. LE PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PATIENTS : .....	12
A. L'âge :.....	12
B. Sexe : .....	13
C. Habitat : .....	15
D. Statut matrimonial :.....	16
E. Nombres d'enfants :.....	17
F. Prise en charge et accompagnement :.....	17
G. Niveau d'étude : .....	18
1. Niveau scolaire : x SEXE :.....	19
2. Age : x Niveau scolaire :.....	20
H.Profession :.....	20
I. Revenus (DH par mois) :.....	21
II. PROFIL PSYCHOLOGIQUE.....	22
A.Etat psycho-émotionnel.....	22
1. Etat psycho-émotionnel : x SEXE : .....	22
2. Etat psycho-émotionnel : x Age :.....	23

B. Désireux de recevoir une information :.....	24
1. Désireux de recevoir une information : x Sexe :.....	24
2. Désireux de recevoir une information : x Age : .....	25
C. Enthousiaste à l'idée de participer à l'étude :.....	26
1. Enthousiaste à l'idée de participer à l'étude x Age :.....	27
2. Enthousiaste a l'idée de participer à l x SEXE :.....	27
III. PROFIL PATHOLOGIQUE : .....	28
A. Pronostic :.....	28
B. Echéance thérapeutique prévue : .....	28
IV. UTILISATION DE MOYEN DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION: .....	29
A. Langue : .....	29
B. Pratique de la lecture :.....	29
1. Lecture de livres ; journaux ou autres par SEXE :.....	29
2. Lecture de livres ; journaux ou autres é x Age :.....	30
C. Télévision : .....	30
D. Utilisation de Support DVD –VCD ou autres :.....	31
E. Utilisation de la Radio : .....	31
F. Téléphone : .....	33
G. Utilisation d'Internet : .....	33
1. Internet par le patient :.....	33
2. Utilisation d'internet par l'entourage du malade : .....	34
3. Utilisation personnel d'internet selon l'âge du patient : .....	34
4. Utilisation d'internet par les patients de moins de 45 ans : .....	35
5. Utilisation d'internet par les malades de moins de 30 ans : .....	35
6. Pourcentage d'utilisation d'internet par les accompagnants selon l'âge du malade : .....	36
H. Le bouche à oreille comme moyens d'information : .....	36

V. EVALUATION DES CONNAISSANCES DES MALADES : .....	37
A. La prévention : .....	37
1. Le mot cancer vous évoques /évoquait quelque chose avant?.....	37
2. Avez vous bénéficié de campagne de prévention et de sensibilisation?.....	37
3. Vous vous êtes déjà adressé chez un médecin pour un geste de dépistage?.....	38
4.Étiez-vous au courant que certains comportements pouvaient augmenter le risque d'avoir un cancer? .....	38
5. Circonstances de découverte de la maladie : .....	39
6. Actuellement Bénéficié-vous d'une information pour prévenir un second cancer ? .....	39
7. Bénéficié-vous d'une information concernant la prévention et le dépistage précoce de cancers familiaux? .....	40
8. Participez vous-même a faire de la prévention dans votre entourage?.....	40
B. Le malade est-il au courant de sa maladie ?.....	41
1. Qui est le principal interlocuteur?.....	41
2. La notion de maladie cancéreuse est-elle assimilée par le patient? ....	41
3. Termes exactes utilisés par le malade pour définir sa maladie:.....	42
C. Le diagnostic de la maladie cancéreuse :.....	42
1. L'annonce du diagnostic :.....	42
2. Qui vous a annoncé le diagnostic ? .....	43
3.Cette annonce vous a été faite, dans un cadre médicale ?.....	44
4. Avez-vous trouvé que votre maladie vous a été annoncée de manière brutale ?.....	45

D. Le pronostic médical : .....	46
1. Pronostic réel, Situation thérapeutique : .....	46
2. Le malade est il au courant de son pronostic ?.....	46
3. Perception du pronostic : .....	48
4. Espérance du malade, est elle raisonnable ?.....	49
E. Perception de la maladie et relation au système de soins : .....	50
1. Evaluation du niveau d'information reçu par les malades par l'équipe soignante au cours du traitement : .....	50
2. Evaluation des échanges d'information avec les médecins et l'équipe soignante : .....	50
3. Les cause du manque ou mal information (selon le patient) : .....	51
4. Alternatives, à la recherche de l'information médicale : .....	51
5. Le degré d'information actuel du malade par rapport a sa maladie : .....	52
F. Le choix thérapeutique : .....	52
1. Participation au choix thérapeutique : .....	52
2. S'agit-il de l'option optimale (selon le malade)? .....	53
3. S'agit-il de l'option optimale (selon le médecin)?.....	53
4. Le malade est au courant des échéances prévues : par exemple Nb de cycle, RxTTT, chirurgie ... ? .....	54
a. Analyse par rapport a l'age : .....	54
b. Analyse par rapport au sexe : .....	55
G. Information et moyens thérapeutiques : .....	55
1. Evaluation de la prémédication : .....	55
2. Evaluation de la médication post-cure : .....	56

3. Evaluation des connaissances des malades en matières d'effets indésirables :.....	56
4. Le malade reporte-il systématiquement les incidents survenus pendant l'intercure? .....	58
5. Le malade adopte-il une hygiène de vie particulière ? .....	59
H. Effets indésirables et gestion des toxicités :.....	59
1.Information recue par le malade pour la gestion des vomissements, :	59
2. Alopecie : .....	60
3.Neutropénie :.....	60
4. Toxicités gonadiques :.....	61
I. Evaluation et notion d'efficacité thérapeutique :.....	61
1. Objectifs d'un traitement en oncologie médicale selon nos patients :	61
2. Cause de l'échec thérapeutique selon nos patients :.....	61
3. Les causes de la mauvaise observance :.....	62
J.Cout de traitement .....	62
1.Sources de dépenses d'argent pour nos patients :.....	62
2.Trouvez vous que le cout des traitements fournis a l'hôpital est :.....	63
3. Croyez vous que la gratuité des soins est :.....	63
4.Le cout élevé des prestations fournies à l'hôpital est selon vous du a :	64
K. Patients Marocains et essais thérapeutiques : .....	64
1. Êtes-vous au courant de cette pratique :.....	64
2. Saviez vous que c'est une pratique complètement légale, contrôlée par une lourde législation et règles d'éthique ainsi qu'un solide rationnel scientifique ?.....	65
3. Opteriez-vous Dembélé aux essais thérapeutiques ? .....	65
4.Opteriez vous plutôt a cette option après échec de toutes les possibilités thérapeutiques ? .....	66
5. Préférez-vous ne pas être concerné par cette pratique ?.....	66

Discussion .....	67
I. LE DROIT A L'INFORMATION :.....	68
1-Definitions et concepts de base .....	68
a. Information .....	68
b. Communication.....	69
c. Remarques .....	69
2-La Société Et Le Changement Du Paradigme Médical .....	70
3-Le pacte de confiance .....	73
a. Le modèle paternaliste :.....	73
b. Le modèle autonomiste .....	74
c. Pacte de confiance : .....	75
4-Les différents types d'informations :.....	76
a. Informations individuelles :.....	77
b. Informations collectives : .....	77
c. Informations générales :.....	77
c.1 Informations indirectes : .....	78
c.2 Informations directes : .....	78
c.3 Informations écrites "involontaires" :.....	78
d. Les critères de qualités d'une information optimale : .....	79
E. Les systèmes de diffusion de l'information médicale .....	81
1. L'information orale :.....	81
2. L'information écrite :.....	82
3. L'information sur internet : .....	83
F. Repères juridiques sur les droits de la personne humaine.....	85

1. Repères juridiques : les droits de la personne humaine concernant l'information médicale.....	86
a. Déclaration universelle des droits de l'homme. ....	86
b. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.....	87
c. Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine.....	87
d. Code de déontologie médicale Maroc (juin 1953).....	87
2. Commentaires.....	88
3. Vocabulaire .....	88
a. Droit : .....	88
Vient du latin "directus" et signifie en ligne droite, ni courbe, ni tordu. Dans le courant, en droit et en philosophie, "Le droit" désigne un ensemble de normes qui règlent la vie sociale et sont exprimées dans les lois coutumières ou écrites.....	88
b. Droit naturel et droit positif : .....	89
4. Réflexions.....	89
a. Le fondement moral de ce "droit à la vérité" des patients : .....	90
b. Les difficultés morales rencontrées dans le "droit à la vérité" des patients :.....	91
G. Repères déontologiques sur l'information.....	92
a. Les devoirs du médecin concernant l'information des malades. ....	92
2. Commentaires.....	93
H. Accès au dossier médical .....	95
1. Le dossier médicale .....	95
a. Le dossier administratif.....	95
b. Le dossier médical professionnel.....	95

c. Le dossier de soins infirmiers.....	96
2. Historique .....	96
3. Législations et recommandations.....	98
a. Au Maroc.....	98
b. EN France :.....	99
II-L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT AUX SOINS.....	100
A. Information et consentement.....	100
B. Notion de consentement .....	101
1. L'ambiguïté du consentement :.....	102
2. consentement entre paternalisme et autonomisme .....	103
3. Échange des consentements .....	105
Le consentement est un objet que l'on donne et qui circule tandis que l'on conserve toujours et par principe sa volonté, ne serait-ce que pour qu'elle produise d'autres consentements. [58] .....	107
4. Les conséquences du consentement : .....	107
5. Point important.....	110
6. Le contenu optimal de l'information à donner au patient :.....	111
a. Que doit-on dire ou ne pas dire ?.....	111
b. Un transfert, du médecin vers le patient, de connaissances, dont le partage permettrait de parler un langage commun : .....	112
c. Donner au patient des outils lui permettant d'appréhender sa situation et de la vivre de la manière la plus supportable possible : ..	113
C. Aspect particulier du consentement : Le refus de soins .....	114

III. L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE, LE CANCER .....	117
A. Points essentiels .....	117
B. L'annonce en pratique médicale .....	117
C. Les aspects de l'annonce .....	119
1. Aspects déontologiques et éthiques : .....	119
2. Aspects psychologiques .....	120
4. L'Attitude du médecin lors de l'annonce : .....	123
1. Annonce au patient .....	123
2. Le protocole d'annonce : .....	124
E. Annonce aux proches .....	126
F. Annonce aux autres membres de l'équipe soignante .....	127
G-Réactions du patient face à l'annonce .....	127
1. L'acceptation .....	128
2. Le désespoir .....	129
3. Le déni .....	129
4. L'ambivalence .....	129
5. Les espérances irréalistes .....	130
6. Le refus de divulguer le diagnostic à ses proches .....	130
H. Conclusion .....	130
IV. INFORMATION DU MALADE ET PRONOSTIC MEDICAL .....	132
A. Le pronostic médical : des origines aux justifications actuelles .....	133
1. Une pratique ancestral : .....	133
2. Entre Pronostic et diagnostic : .....	135
3. Motivations actuelles du pronostic : .....	137
B. Pronostic et éthique .....	138
1. Les désirs du malade .....	138
2. Le pronostic est-il éthique ? .....	140

IV. LA PRATIQUE DE L'INFORMATION ET LES PARTICULARITES DE LA MALADIE CANCEREUSE.....	143
A. Le cancer.....	143
B. Problématique des sources d'information en cancérologie .....	143
C. Problématique liée au système de défense du malade : .....	144
D. Quelques principes importants.....	144
<b>CONCLUSION</b> .....	146
<b>RESUMES</b> .....	149
<b>BIBLIOGRAPHIES</b> .....	153



L'information désigne tout événement, tout fait, tout jugement porté a la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours ou de sons. [1]

En médecine c'est une information générale diffusée dans un but de vulgarisation, destinée à une personne singulière dans le cadre de la santé nécessitant de ce fait des décisions médicales. Ces informations ont lieu dans le cadre d'un rapport interindividuel entre un patient et un professionnel. Le rapport qui s'instaure entre les deux personnes est fondé sur une communication au cours de laquelle le médecin fait connaitre au patient son état de santé, les traitements qui sont envisageables dans son cas, les résultats auxquels le malade peut s'attendre, les risques et effets secondaires susceptibles de se produire.[3]

La communication représente la pièce maitresse de cette information, elle désigne l'acte par lequel la conscience sort de son individualité pour rentrer en rapport de compréhension et de sympathie avec celle d'autrui.

Le changement qu'a connu l'exercice médical en ces dernières décennies est objectivé par la rédaction des références et recommandations (evidence-based médecine) et la prise en compte des désirs du malade en lui procurant le droit de savoir , le droit de choisir , le désir d'un meilleur soin quel que soit le cout ,tout en maximisant sa sécurité vis-à-vis des effets indésirables et de l'échec thérapeutique.

La relation médecin malade a par conséquent profondément évolué ,entre le modèle paternaliste et le modèle autonomiste régi par les rapports financiers ,il existe une troisième voie décrite par le philosophe Paul Ricoeur sous la dénomination de Pacte de confiance ,basé sur le respect de l'estime du soi du malade par le médecin ,et qui doit aboutir a un consentement qui est dit éclairé si le patient a reçu toutes les informations a propos du diagnostic ,du traitement et du pronostic ,et ce ,conformément aux principes issus du code de déontologie médicale et de la jurisprudence.

Le cancer constitue pour le patient, son entourage une épreuve existentielle bouleversante .Cette épreuve touche tous les aspects de la vie : les rapports avec son corps ,sa famille, son environnement professionnel, ses amis, ses voisins, ainsi que le sens donné au bien être , a la santé, a la souffrance, a la maladie, et bien sur a la mort. La maladie cancéreuse est souvent une maladie longue avec un risque potentiel d'évolution fatale. Le pacte de confiance doit s'établir dès le début et il faut tout mettre en œuvre pour le maintenir au cœur des échanges entre le médecin et le malade. L'information passe par des phases critiques : l'annonce du diagnostic, l'échec thérapeutique, l'entrée dans la phase de soins palliatifs de fin de vie.

L'information en cancérologie porte sur le diagnostic, les modalités, les inconvénients, les risques du traitement, les résultats escomptés de ce traitement et plus tard sur l'évaluation des ces résultats.

L'information, et le bon déroulement de la communication médecin malade constitue une étape déterminante dans l'instauration du pacte de confiance, il est recommandé de créer les conditions d'une relation authentique modulable dans le temps, comportant un juste équilibre entre une humilité véridique et une compétence rassurante.

Notre étude vient faire un état des lieux sur la pratique de la communication dans notre discipline en évaluant la qualité et la quantité d'informations reçues par le malade à travers les différents moyens de communication, et en essayant de faire le diagnostic des causes empêchant le mauvais ou le non déroulement de ce processus et l'impact que ce dysfonctionnement entraîne sur l'observance, sur la qualité de vie des malades, et sur le résultat thérapeutique globale.



*Matériels et méthodes*

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le service d'oncologie médicale du CHU Mohamed V de Rabat durant la période entre Novembre 2011-Juin 2012.

### **1.CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON :**

Le travail réalisé a concerné 300 malades suivis à l'institut national d'oncologie, dans le service d'oncologie médicale pour une pathologie cancéreuse, sous chimiothérapie, tous stades confondus.

Les patients ont été sélectionnés selon un mode d'échantillonnage aléatoire, le nombre de patients a été choisi pour une marge d'erreur de 4% et un seuil de probabilité qui approxime les 90% selon la formule :

#### **Le calcul de la taille de l'échantillon :**

$$E = t^2 \frac{Q \cdot P}{e^2}$$

Elle est obtenue par la formule mathématique suivante :

$$E = t^2 \frac{Q \times P}{e^2}$$

**t** : est un coefficient qui dépend de seuil de confiance retenu, en ce cas on a  $\alpha=90\%$

Donc **t** : 1,65

**e** : représente la mesure de la marge d'erreur maximum supportée ou intervalle de confiance, 4%

**P** : est la population estimée des individus présentant les patients.

**Q** : est la proportion estimée des individus ne présentant pas les patients.

$$Q=1-p$$

Puisque P et Q sont inconnus, on procède à choisir les proportions suivantes

$$P=0,5 \text{ et } q=0,5$$

DONC : application numérique :

$$E=(1,65)^2 (0,5 * 0,5) / (0,04)^2 = 2,7225 * 0,25 / 0,0016 = 425$$

**Ex. :** Question : êtes-vous membre d'une association ?  
Donnée ancienne (oui 25% non 75%)

Calcul :  
$$E = \frac{1,96^2 \times 0,25 \times 0,75}{0,02^2} = 1795 \text{ personnes}$$

Réponse à la question (enquête actuelle) :  
oui : 33% non : 67%

la taille de l'échantillon doit être de 1795 personnes pour avoir 95% de chances de ne pas se tromper en affirmant que, dans la population - mère, il y a entre 31 et 35% de personnes qui sont membres d'une association.

**Les patients inclus dans l'étude devaient répondre aux critères suivants :**

- ✧ Age supérieur a 15 ans .
- ✧ Patients suivis pour une pathologie cancéreuse, quelque soit le stade .
- ✧ Patients nécessairement sous chimiothérapie.
- ✧ Patients dont l'état neurologique et psychique permettait un transfert fluide et crédible des informations.
- ✧ Patients ayant donné leur consentement éclairé.

## **2. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES :**

Cette enquête était réalisée auprès des malades suivis au service d'oncologie médicale ayant répondu aux critères précités grâce à une fiche d'exploitation (voir annexes) comprenant 105 questions traitant plusieurs items concernant les différentes étapes de la prise en charge de la maladie cancéreuse, regroupant ainsi tous les éléments nécessaires pour une approche, le plus possible complète, mais surtout objective, de la problématique de l'information médicale chez cette population particulière de malades, en essayant d'une part de dessiner à travers ce questionnaire le profil et le potentiel de communication et de réception d'une information chez nos malades, et de repérer les différentes lacunes et insuffisances entravant cet échange, et d'autre part mesurer l'impact que cela pourrait avoir sur le résultat thérapeutique.

## **3. DEFINITION DES VARIABLES ANALYSEES :**

La fiche d'exploitation a été établie dans la vision de faciliter l'échange investigateur\malade en essayant de commencer par une étape de présentation simple, suivie par des questions à degré d'intimité progressif.

Les questions s'enchaînent de telle façon à respecter la chronologie de la prise en charge de la maladie, toujours dans le but de faciliter le rôle de l'investigateur et la compréhension des différentes questions par le malade.

La fiche d'exploitation préétablie renseigne sur :

- ✧ L'âge , le sexe et le milieu d'habitat.
- ✧ La catégorie socioprofessionnelle et le niveau intellectuel.
- ✧ Le profil psycho-émotionnelle.
- ✧ L'utilisation des différents moyens de communication.
- ✧ L'évaluation de l'ensemble des informations a visée préventives reçues par le malade avant et au cours de sa maladie.
- ✧ Le déroulement de l'étape critique de l'annonce du diagnostique.
- ✧ L'assimilation du pronostic, et les attentes du malade.
- ✧ La participation dans les décisions thérapeutiques, et la programmation des différentes échéances.
- ✧ La qualité de la gestion des effets indésirables.
- ✧ une évaluation grossière du degré d'observance aux traitements, et notamment en fonction de la qualité reçue.
- ✧ Le questionnaire a essayé également de traiter des sujets d'actualités a savior, les essais cliniques, considéré comme tabou dans nos sociétés fortement imprégnées par la pensée religieuse conservatrice .
- ✧ La source d'information était une question récurrente dans ce questionnaire.

#### **4. ANALYSE DES DONNEES :**

L'élaboration du questionnaire et la collecte des textes et des réponses aux questions à choix multiples ont été réalisées grâce au logiciel sphinx en mode saisie rapide, qui permet également d'établir les graphismes et les tableaux des résultats.

L'analyse statistique et le traitement des données ont été faits à l'aide du même logiciel.



*Résultats*

## I. LE PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PATIENTS :

### A. L'âge :

Les patients âgés de moins de 60 représentent 72,3% du nombre total de l'échantillon (162 patients)

La population senior représente quant à elle 27,7% avec un effectif de 62 patients.

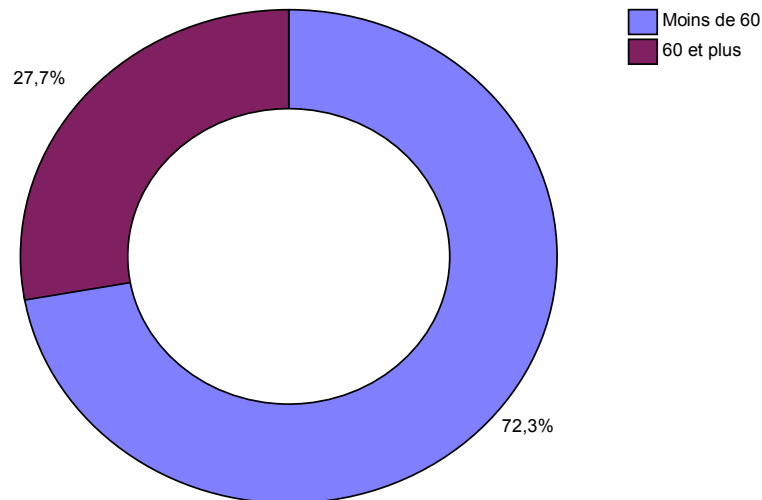
Age :	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 60	162	72,3%
60 et plus	62	27,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>224</b>	<b>100%</b>

Minimum = 18, Maximum = 86

Somme = 11258

Moyenne = 50,26 Ecart-type = 13,37

Age :



**B. Sexe :**

SEXE :	Nb. cit.	Fréq.
Masculin	80	36%
Féminin	142	64%
TOTAL OBS.	224	100%

A la lumière de ce tableau on remarque que les femmes constituent 64% de l'échantillon, tandis que les hommes se comptent de 80 hommes soit de (36%)

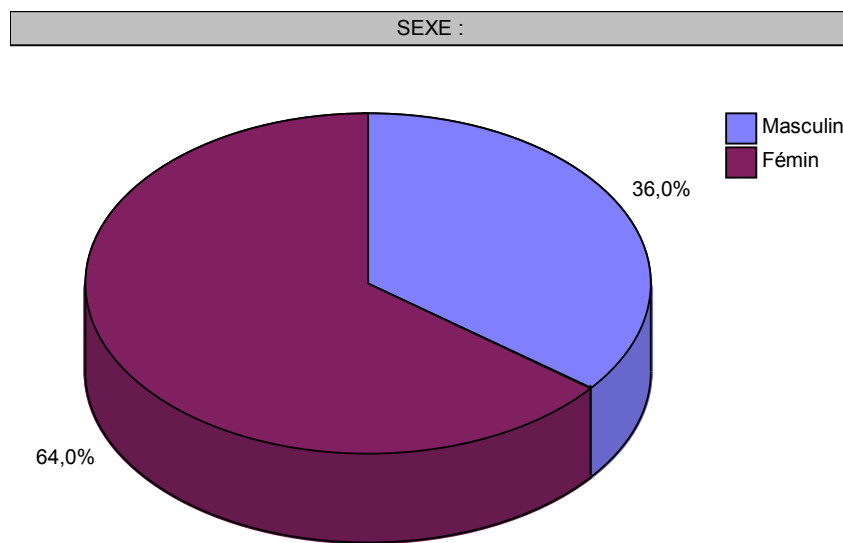
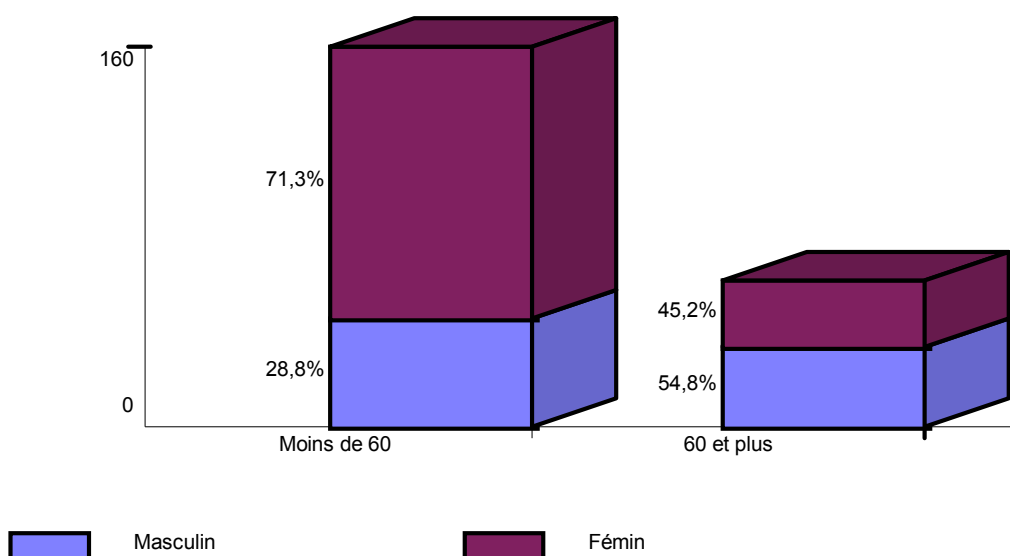


Tableau croisé Age\Sexe :

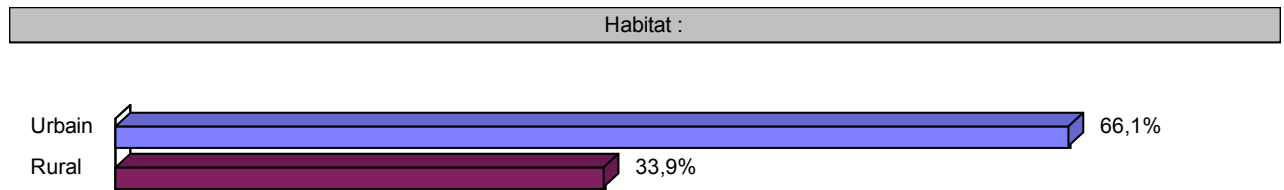
SEXE :	Masc ulin	Fémin	TOTAL
Age :			
Moins de 60	46	114	<b>160</b>
60 et plus	34	28	<b>62</b>
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>142</b>	<b>222</b>

Age : x SEXE :



Le graphique suivant permet d'observer les proportions par sexe des différentes tranches d'âges.

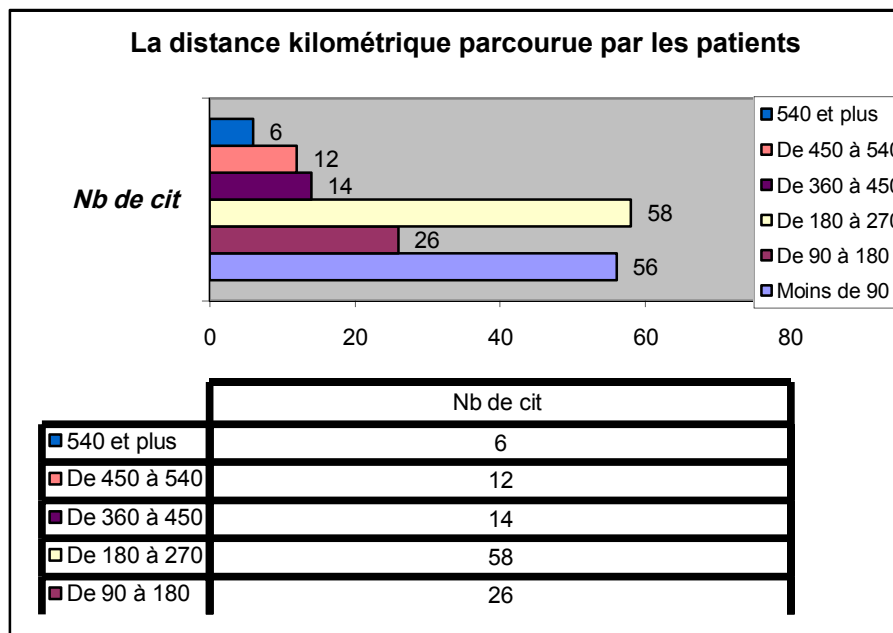
### C. Habitat :



Les patients vivant en milieu urbain présentent 66,10 %, contre 33,9 issus du milieu rural.

Tableau de répartition d'habitat par sexe :

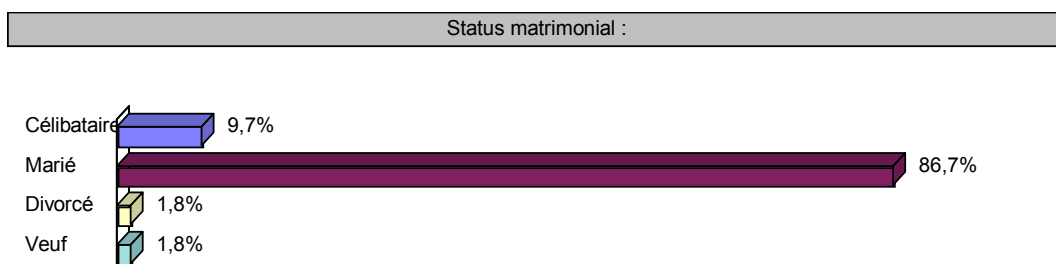
Habitat /SEXE :	Masculin	Féminin
Urbain	36,50%	63,50%
Rural	34,20%	65,80%



Moyenne en KM parcourue par nos patients :

Cette Figure indique que La majorité des patients qui suivent leurs traitement au CHU, parcourent une distance moyenne de 209 Km afin d'arriver à l'hôpital. En effet on compte seulement 56 patients qui prennent un chemin de moins 90 km entre leur domicile et l'hôpital.

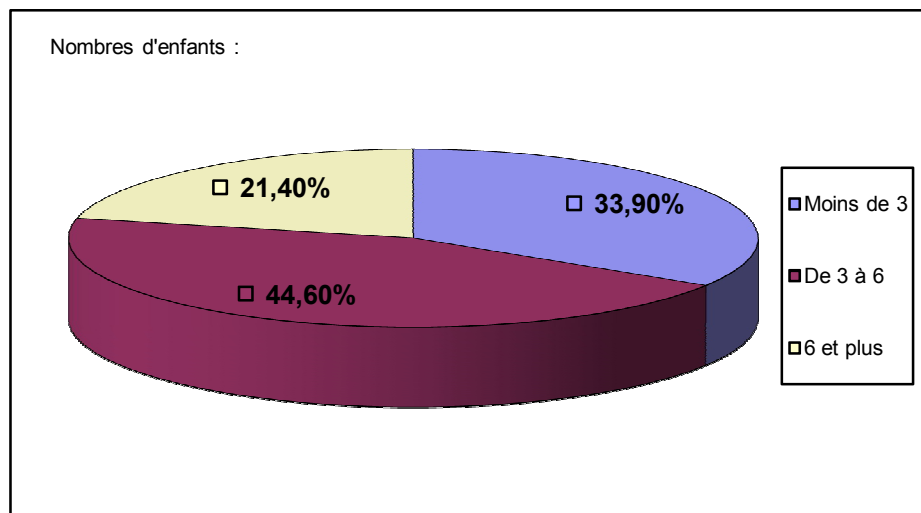
#### D. Statut matrimonial :



85,71 % de nos patients sont mariés (92,5% chez les hommes et 80,82% chez les femmes).

On a remarque que malgré la survenue de la maladie, le status matrimonial est resté inchangé dans 99,4% .

## E. Nombres d'enfants :



De manière globale, la moyenne d'enfants par famille est de 3,43. à l'égard de notre enquête, on remarque que 44,60% ont de 3 à 6 enfants, 33,90% ont moins de 3 enfants alors que 21,40% ont 6 d'enfants

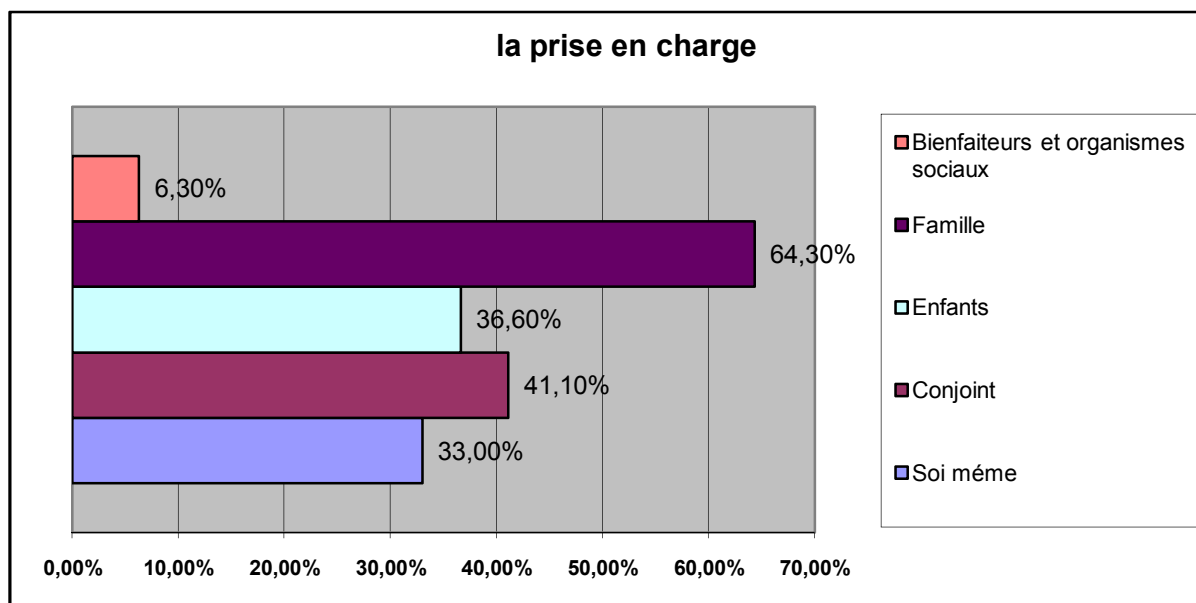
## F. Prise en charge et accompagnement :

La famille représentée par les parents et la fraterie occupe le 1er rang en matière de la prise en charge, soutien et accompagnement de nos patients avec 64,30%.

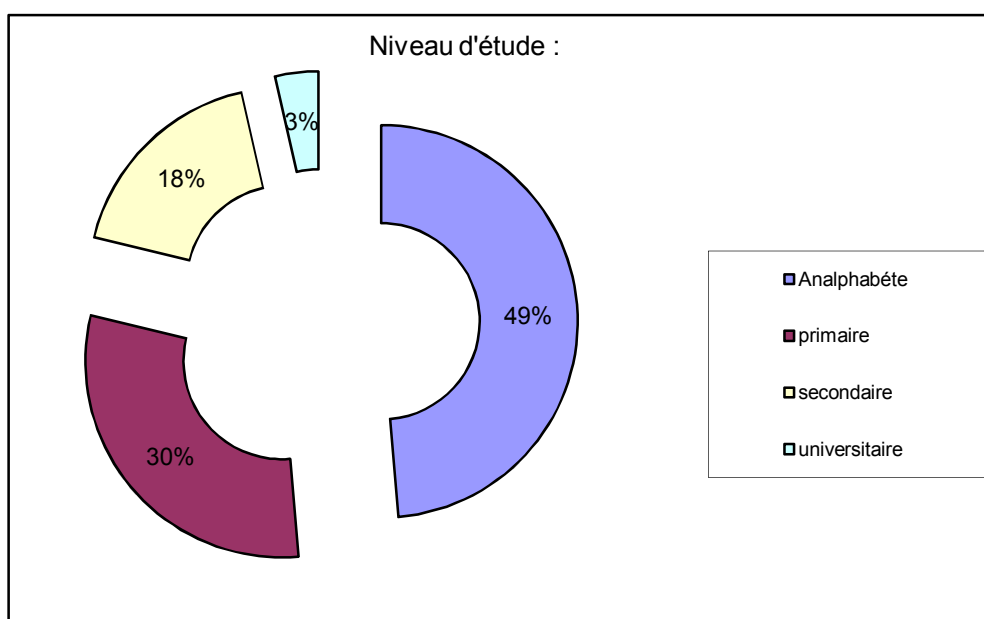
Les conjoints sont impliqué dans 41,1% dans ce processus.

36,6% de nos patients reçoivent un soutien régulier par un ou plusieurs de leurs enfants, Alors que 33% des patients disaient être parfaitement autonome.

Uniquement 6,3% des patients disent recevoir un soutien régulier de la part des bienfaiteurs et organismes sociaux.

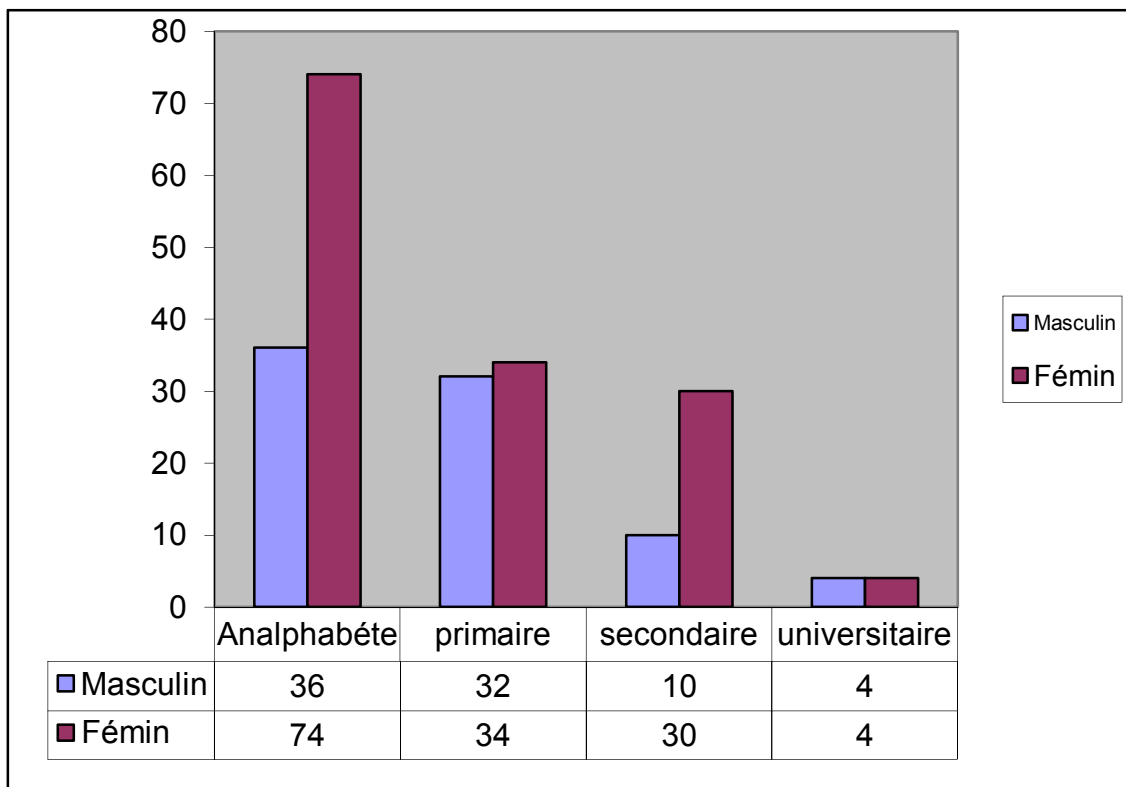


### G. Niveau d'étude :

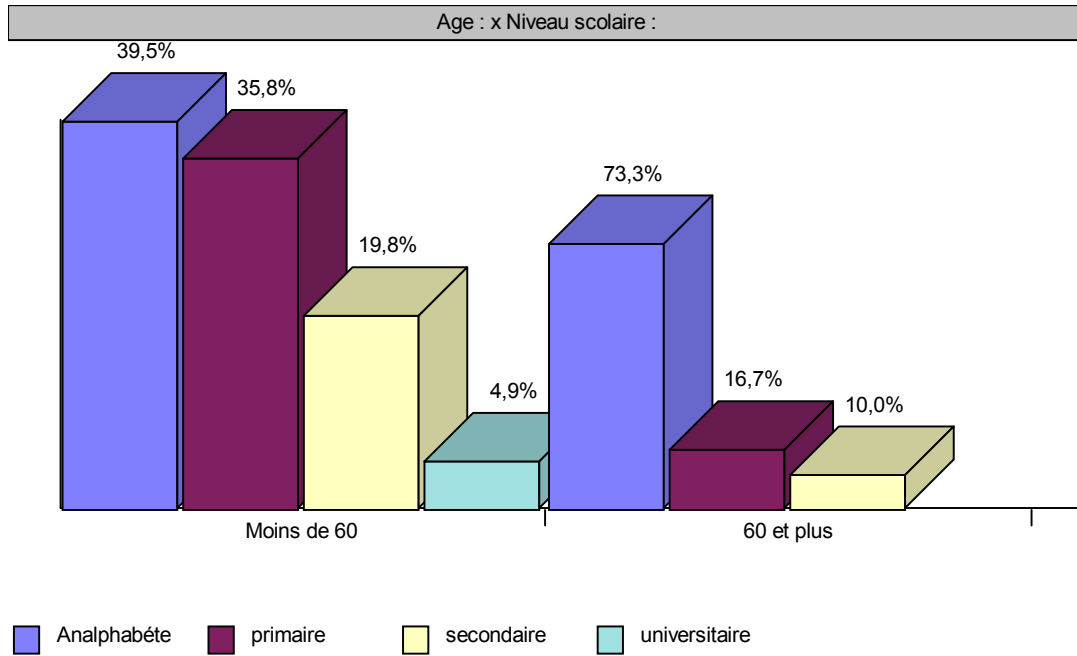


49% de nos patients sont analphabètes, 30% des patients ont un niveau primaire, 18% un niveau secondaire ou formation Professionnelles courte et 4% ont un niveau d'étude supérieur .

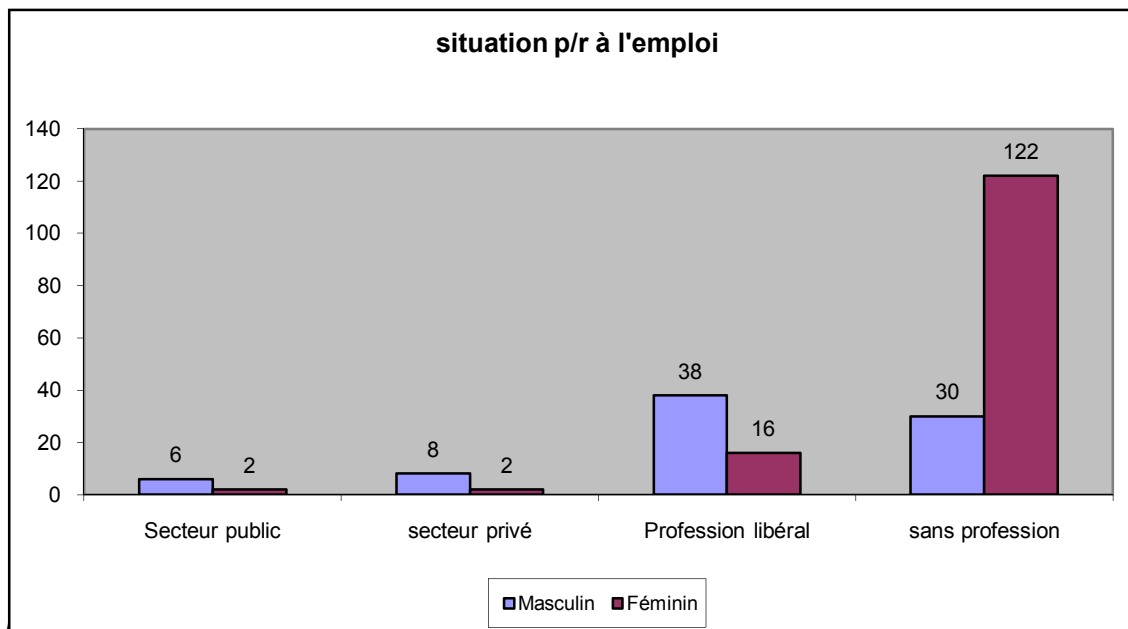
**1. Niveau scolaire : x SEXE :**



## 2. Age : x Niveau scolaire :



## H. Profession :



Profession /Age	Moins de 55	55 et plus	TOTAL
Secteur public	2	6	8
secteur privé	6	4	10
Profession libéral	33	20	53
sans profession	92	61	153
TOTAL	133	91	224

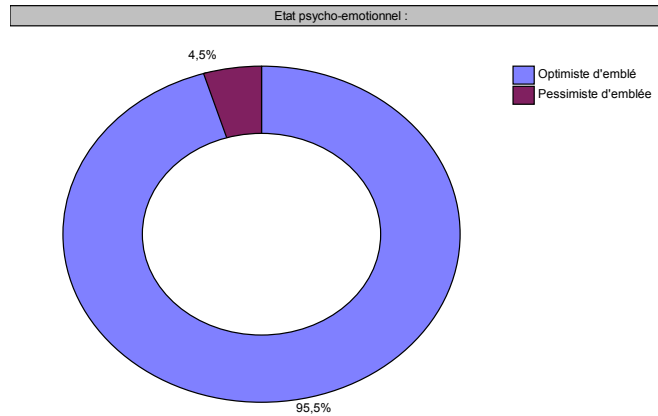
### I. Revenus (DH par mois) :

L'étude sur les revenus des patients présente un grand intérêt évident que complétée par celle qui a porté sur la prise en charge ainsi le cout de traitement par la suite.

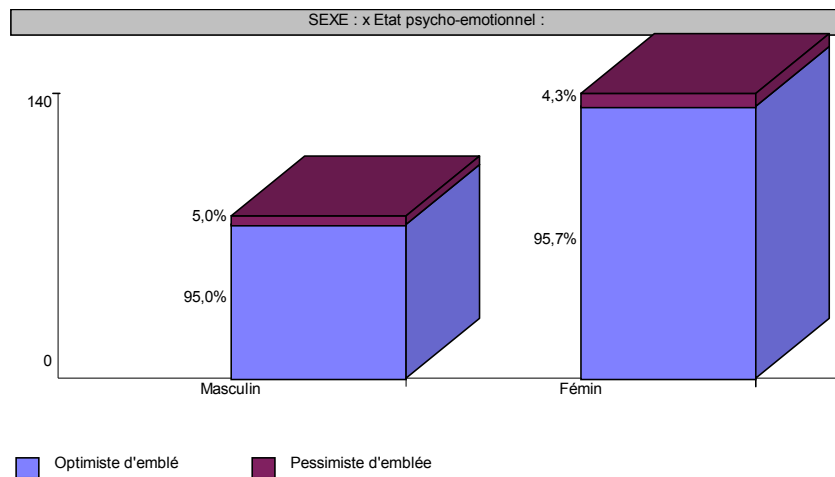
Revenus (DH par mois) :/SEXE :	Masculin	Féminin	TOTAL
0	13,4%	53,6%	67,0%
Moins de 2500 DH	12,5%	3,6%	16,1%
moins de 5000 dh	8,0%	4,5%	12,5%
entre 5000 et 10000 dh	1,8%	0,9%	2,7%
plus de 10000	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	35,7%	62,5%	

## II. PROFIL PSYCHOLOGIQUE

### A. Etat psycho-émotionnel



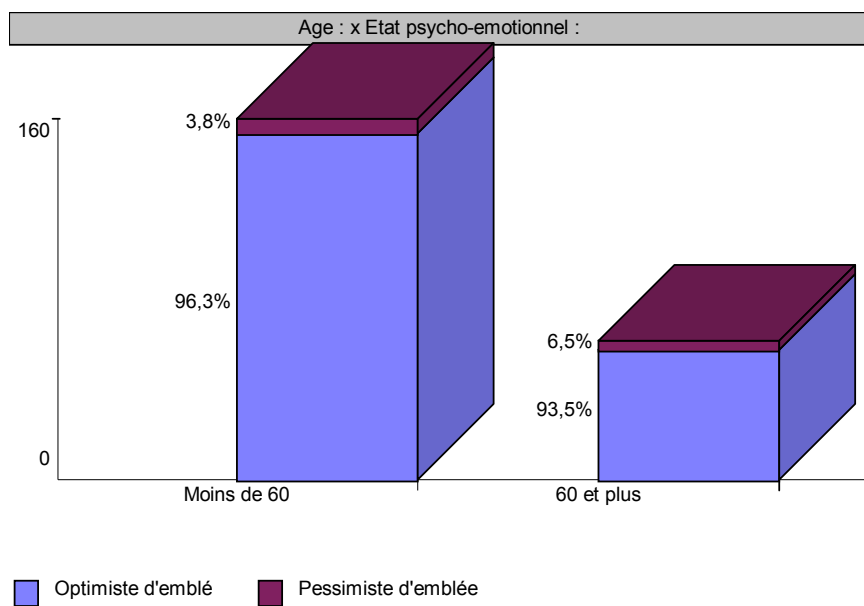
#### 1. Etat psycho-émotionnel : x SEXE :



Etat psycho-émotionnel :/SEXE :	Non réponse	Masculin	Féminin	TOTAL
Optimiste d'émblé	2	76	134	212
Pessimiste d'émblée	0	4	6	10
TOTAL	2	80	142	224

A travers l'analyse de ce tableau, nous pouvons voir que environ 94% des personnes malades sont d'émblés optimistes.

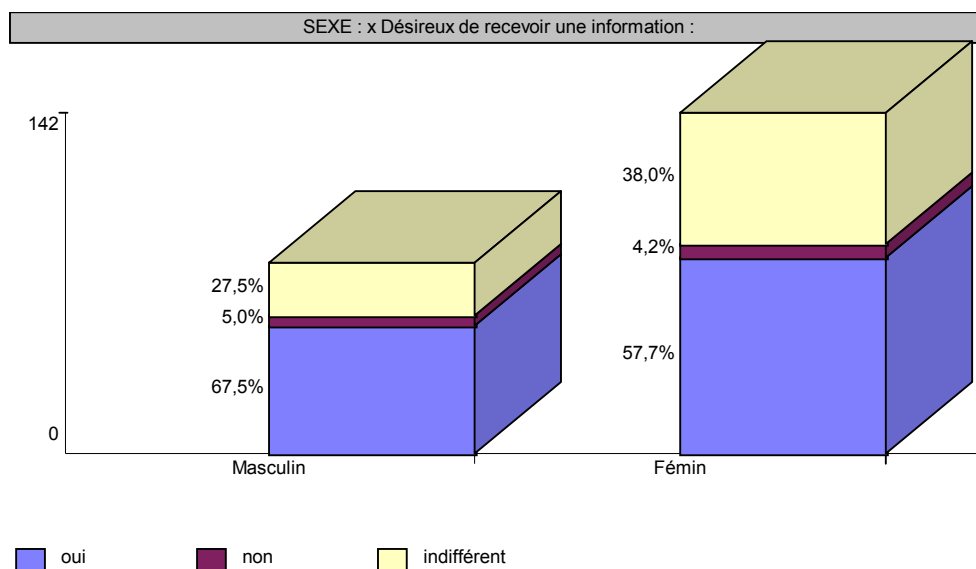
## 2. Etat psycho-émotionnel : x Age :



Etat psycho-émotionnel :/Age :	Moins de 55	55 et plus	TOTAL
Optimiste d'embélé	128	84	212
Pessimiste d'embélé	2	8	10
TOTAL	132	92	224

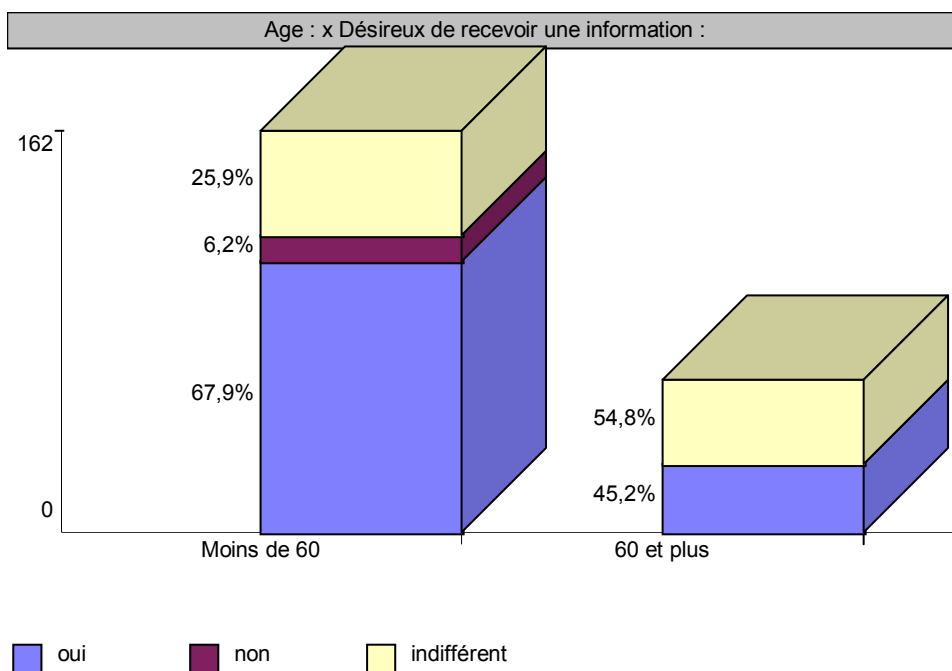
## B. Désireux de recevoir une information :

### 1. Désireux de recevoir une information : x Sexe :



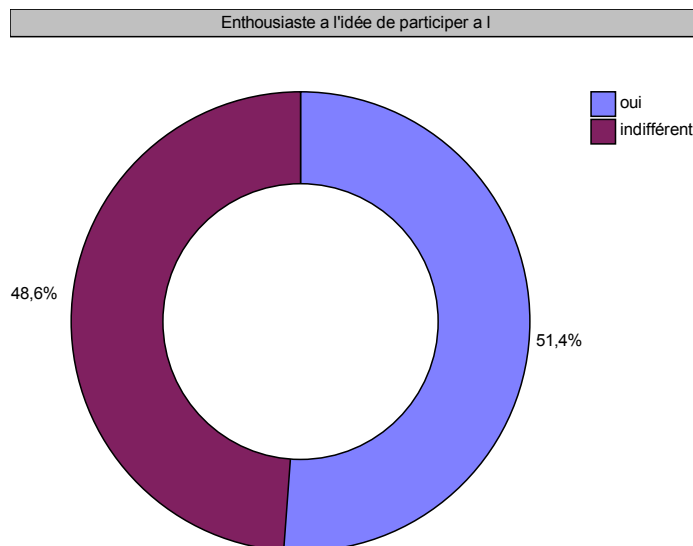
Désireux de recevoir une information/SEXE :	Non réponse	Masculin	Féminin	TOTAL
oui	2	54	82	138
non	0	4	6	10
indifférent	0	22	54	76
TOTAL	2	80	142	224

## 2. Désireux de recevoir une information : x Age :



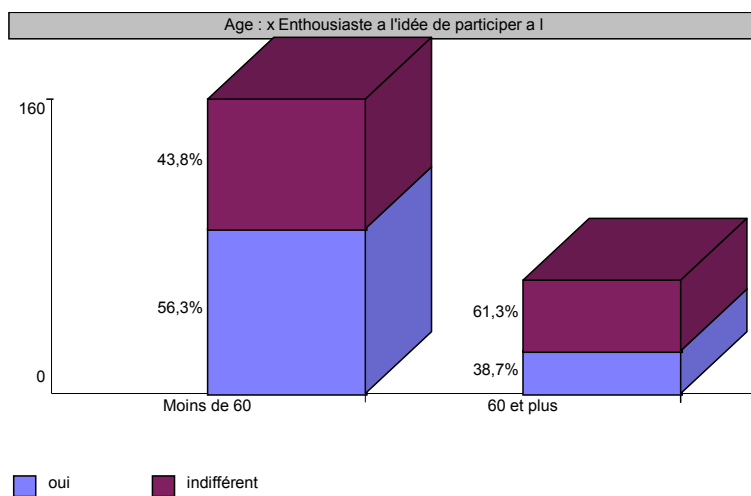
Désireux de recevoir une information :/Age :	Moins de 55	55 et plus	TOTAL
oui	88	50	138
non	8	2	10
indifférent	36	40	76
TOTAL	132	92	224

### C. Enthousiaste à l'idée de participer à l'étude :

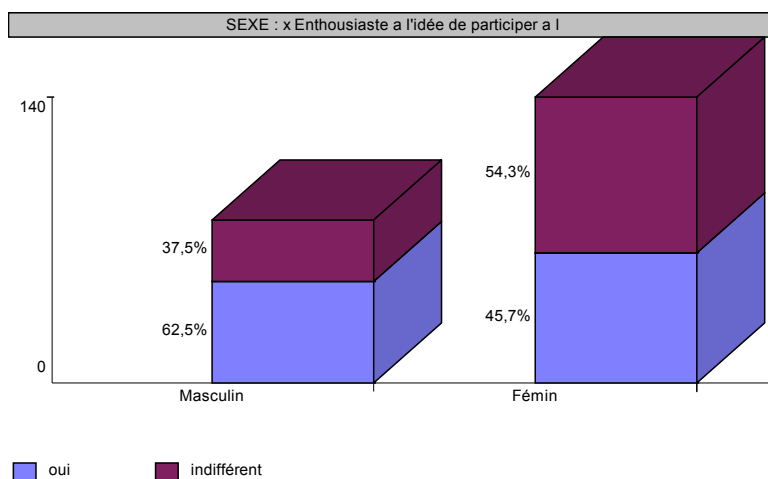


Enthousiaste à l'idée de participer à l'étude :	Nb. cit.	Fréq.
oui	114	51,4%
indifférent	110	48,6%
TOTAL OBS.	224	100%

### 1. Enthousiaste à l'idée de participer à l'étude x Age :



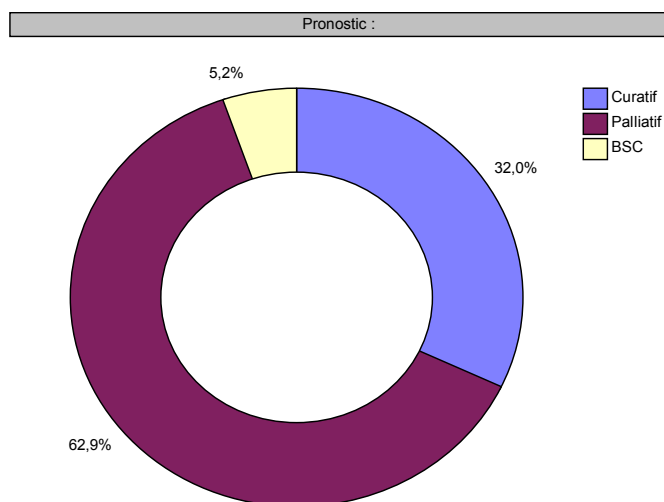
### 2. Enthousiaste a l'idée de participer à l x SEXE :



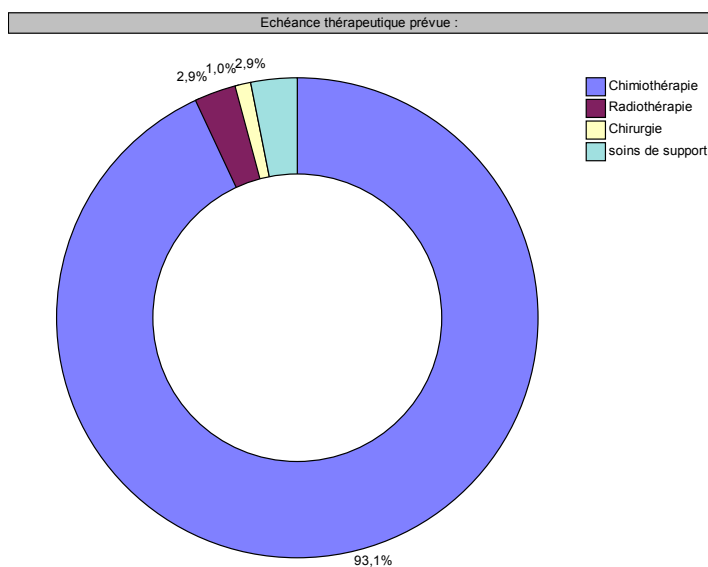
Enthousiaste à l'idée de participer /SEXE :	Non réponse	Masculin	Féminin	TOTAL
oui	0	50	64	114
non	0	0	2	2
indifférent	2	30	76	108
TOTAL	2	80	142	224

### III. PROFIL PATHOLOGIQUE :

#### A. Pronostic :



#### B. Echéance thérapeutique prévue :



## IV.UTILISATION DE MOYEN DE COMMUNICATION ET

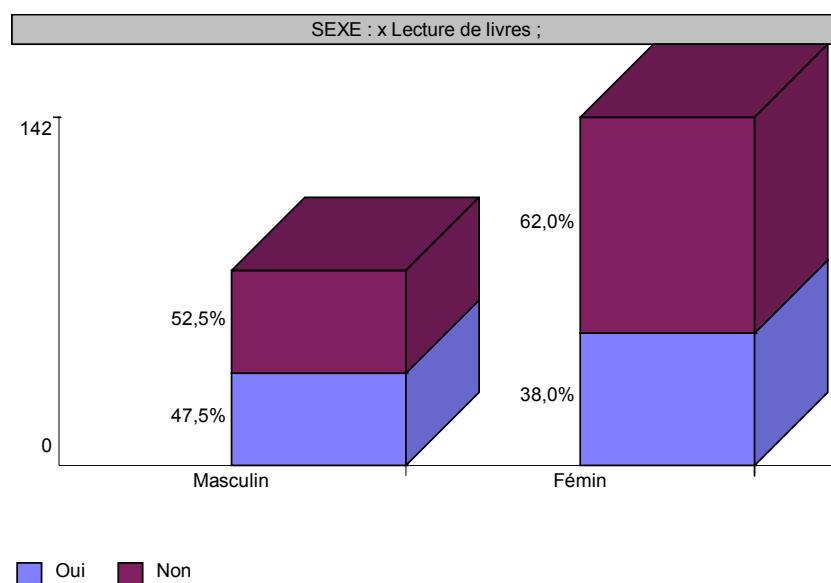
### D'INFORMATION:

#### A. Langue :

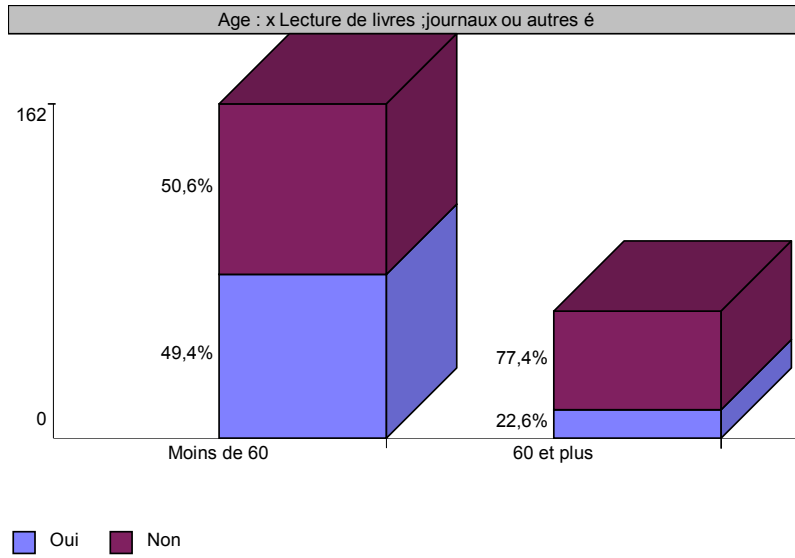
	Langue :	Nb. cit.	Fréq.
Langues principales	Arabe	155	69%
	Berbère	69	31%
Langues secondaires	Français secondaire	70	31,25%
	Autres	4	1,79%
	TOTAL OBS.	224	

#### B. Pratique de la lecture :

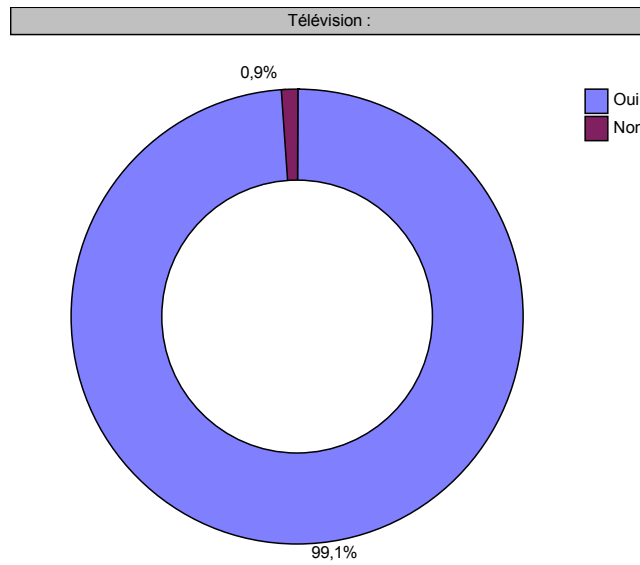
##### 1. Lecture de livres ; journaux ou autres par SEXE :



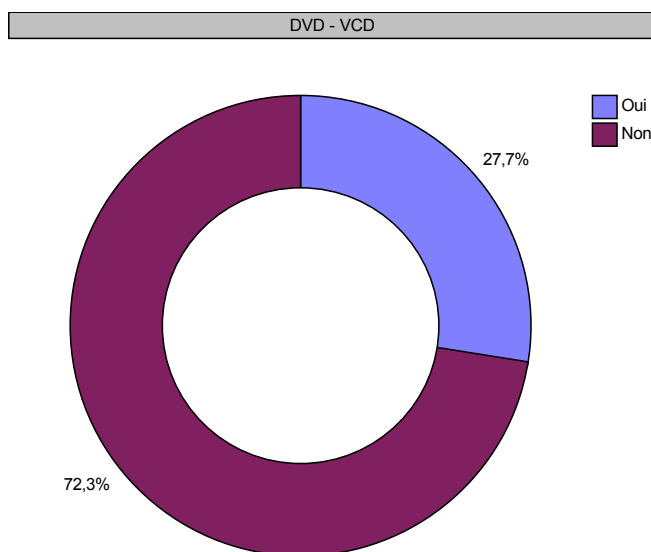
## 2. Lecture de livres ; journaux ou autres é x Age :



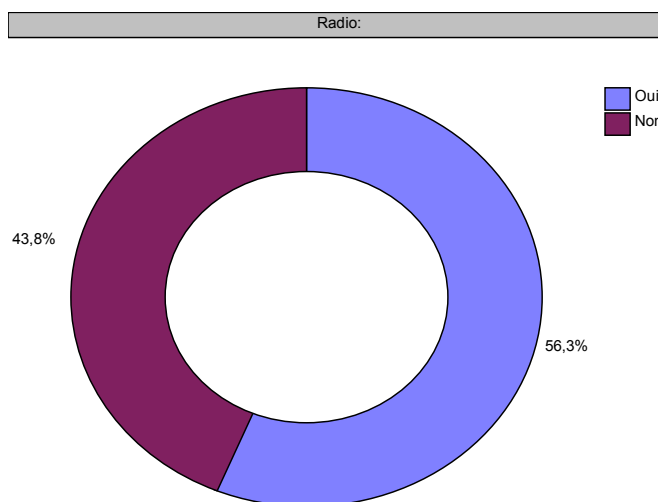
## C. Télévision :



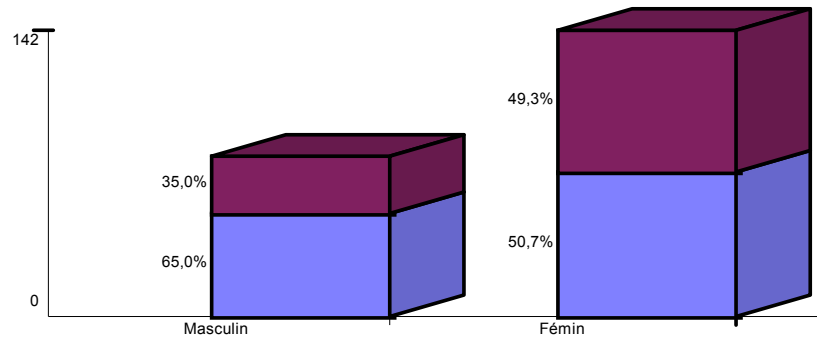
## D. Utilisation de Support DVD -VCD ou autres :



## E. Utilisation de la Radio :

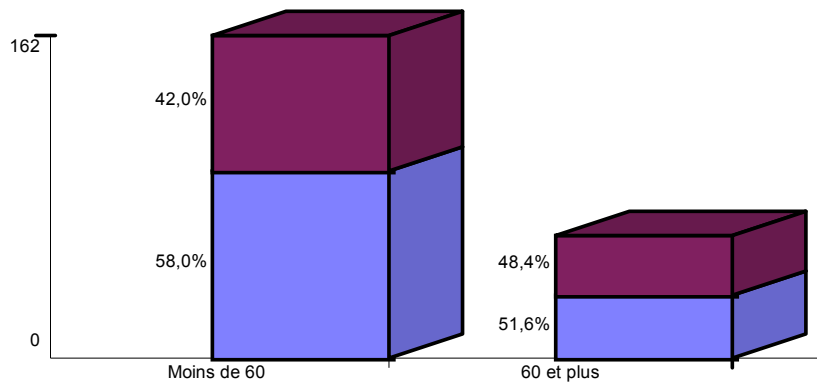


SEXE : x Radio:



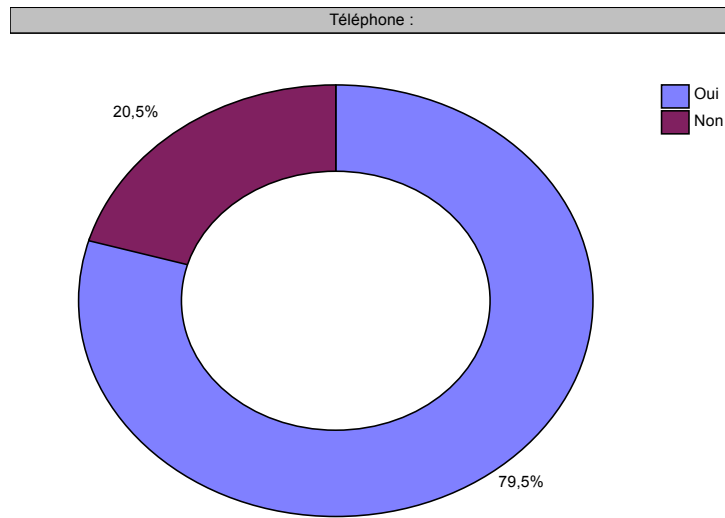
Oui Non

Age : x Radio:



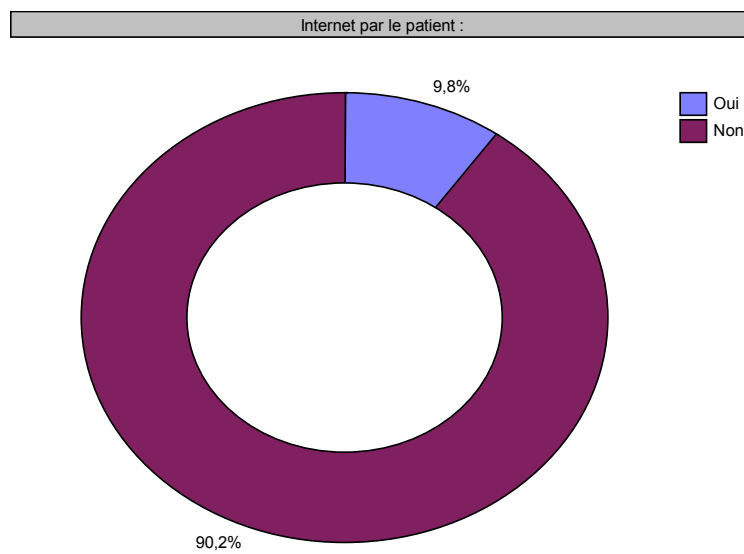
Oui Non

## F. Téléphone :

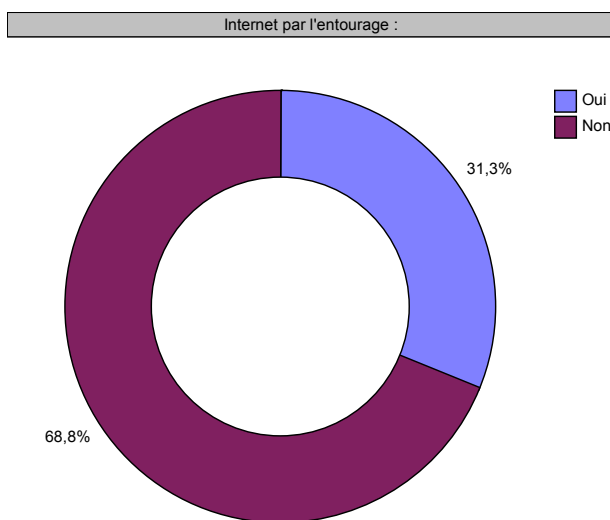


## G. Utilisation d'Internet :

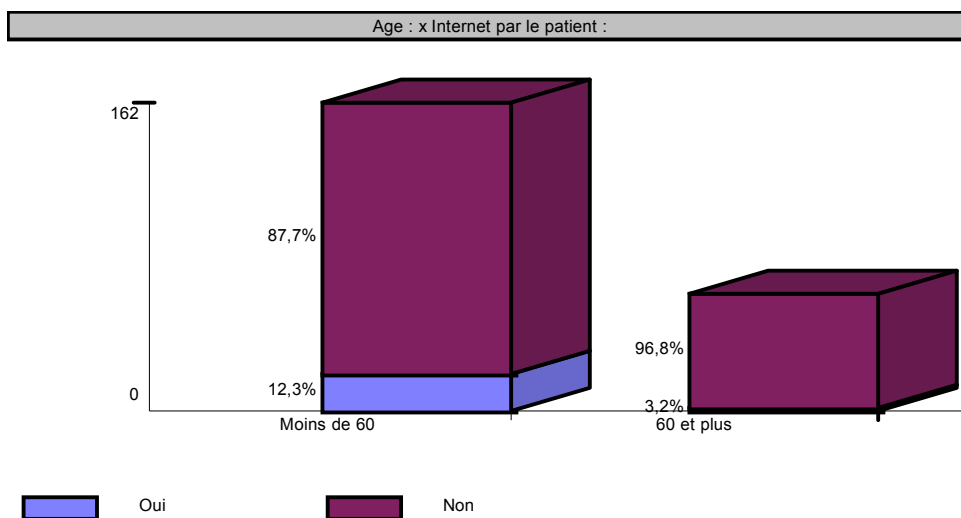
### 1. Internet par le patient :



## 2. Utilisation d'internet par l'entourage du malade :

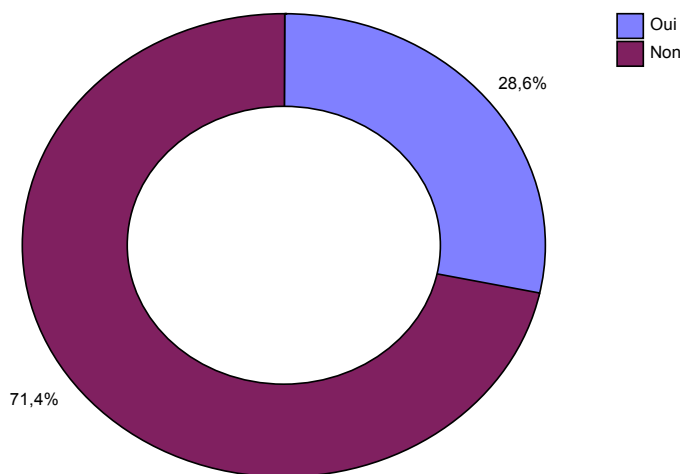


## 3. Utilisation personnel d'internet selon l'âge du patient :



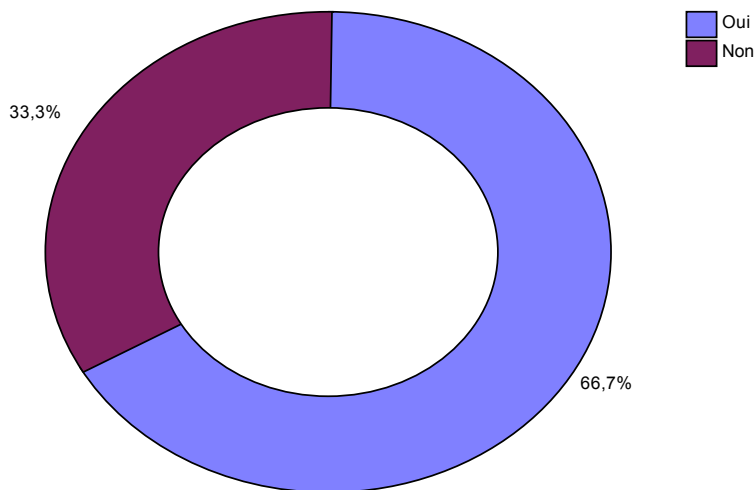
#### 4. Utilisation d'internet par les patients de moins de 45 ans :

Internet par le patient :

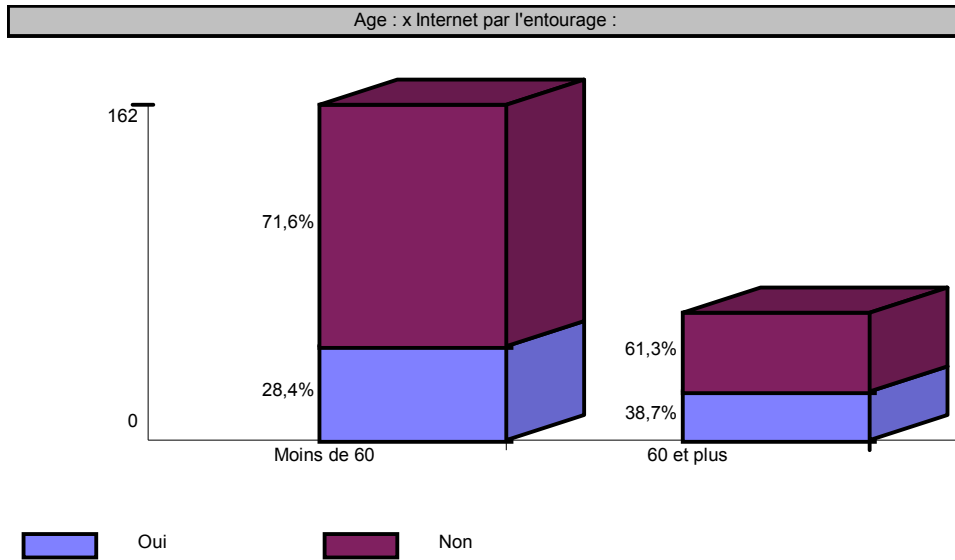


#### 5. Utilisation d'internet par les malades de moins de 30 ans :

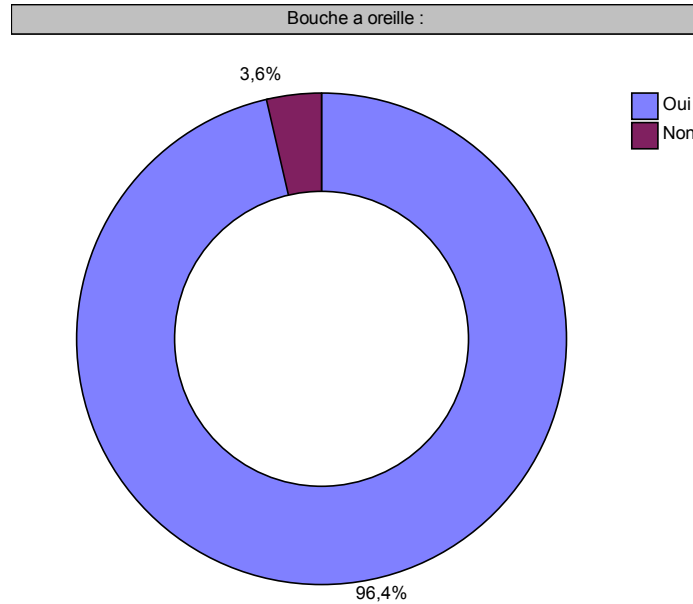
Internet par le patient :



## 6. Pourcentage d'utilisation d'internet par les accompagnants selon l'âge du malade :



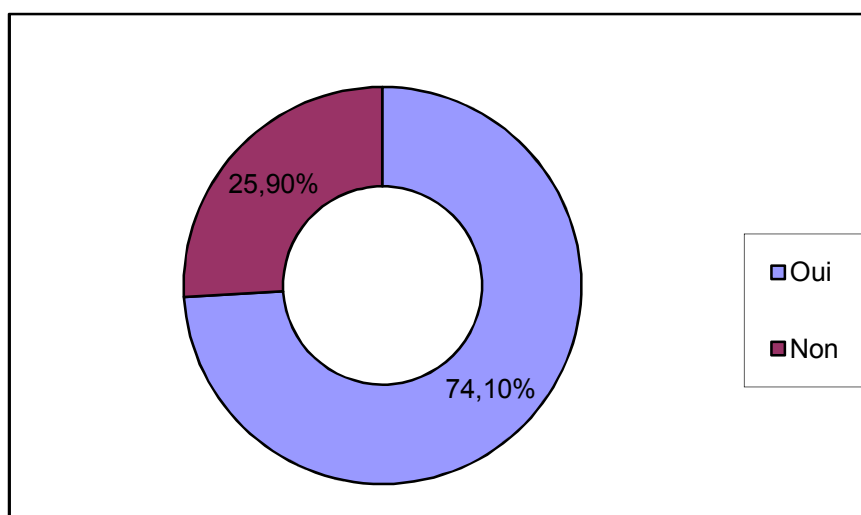
## H. Le bouche à oreille comme moyens d'information :



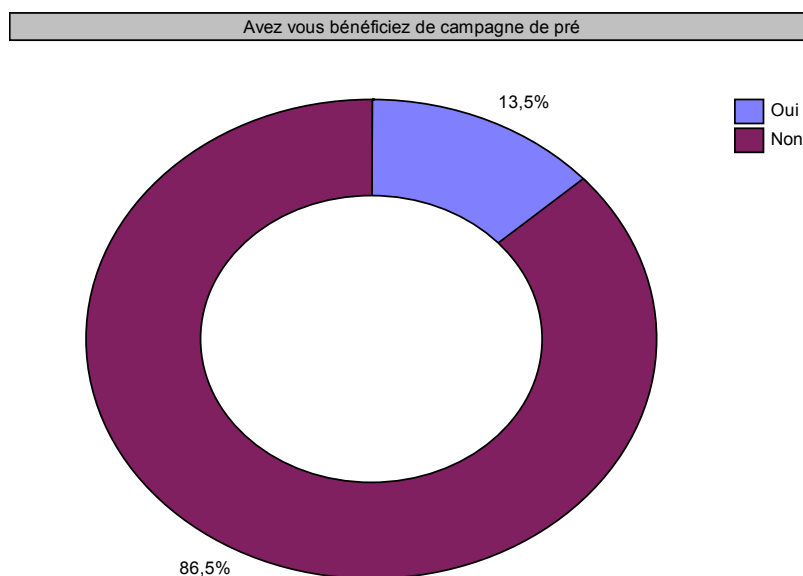
## V. EVALUATION DES CONNAISSANCES DES MALADES :

### A. La prévention :

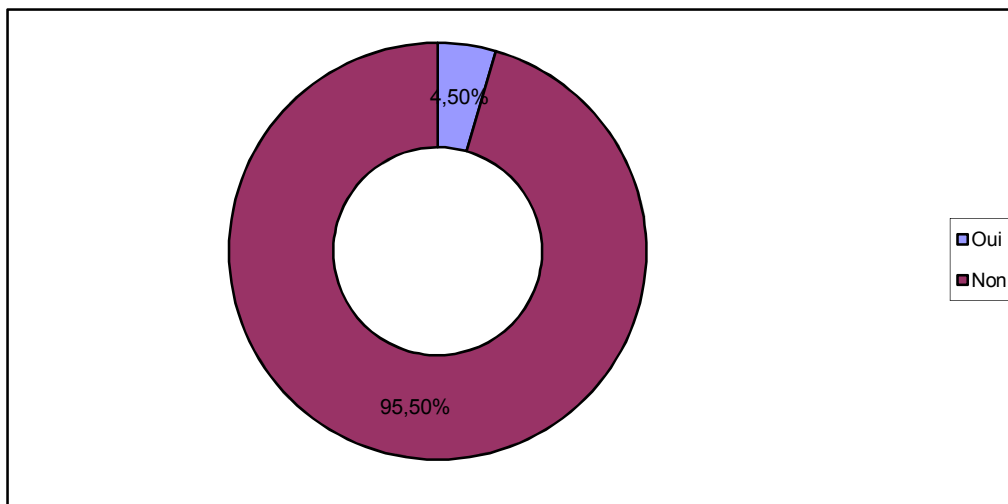
#### 1. Le mot cancer vous évoques /évoquait quelque chose avant?



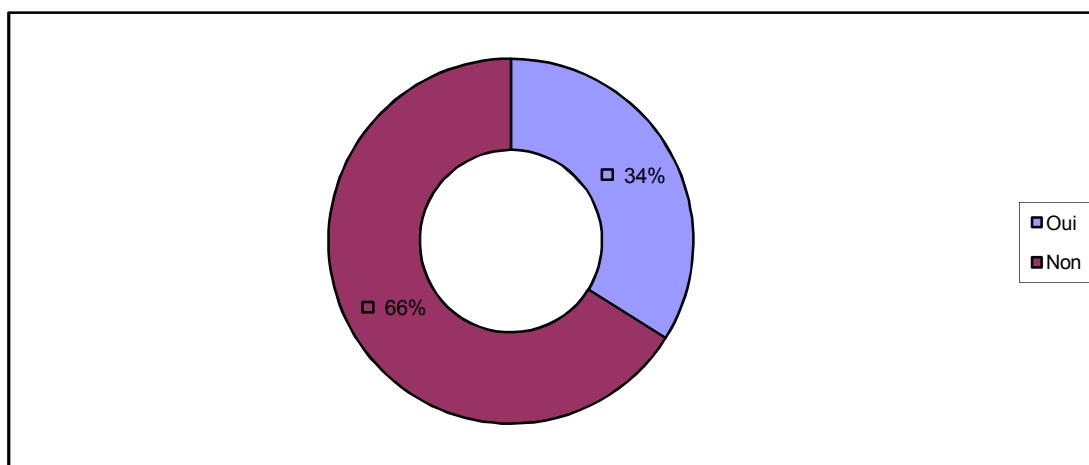
#### 2. Avez vous bénéficié de campagne de prévention et de sensibilisation?



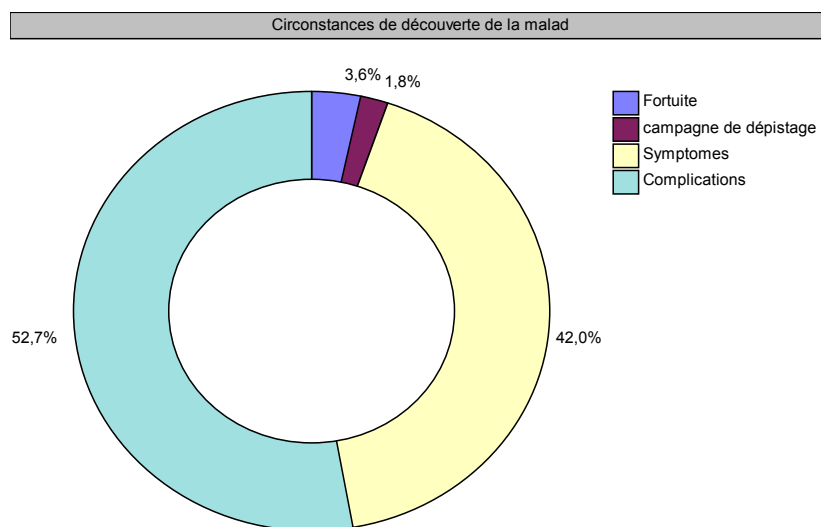
**3. Vous vous êtes déjà adressé chez un médecin pour un geste de dépistage?**



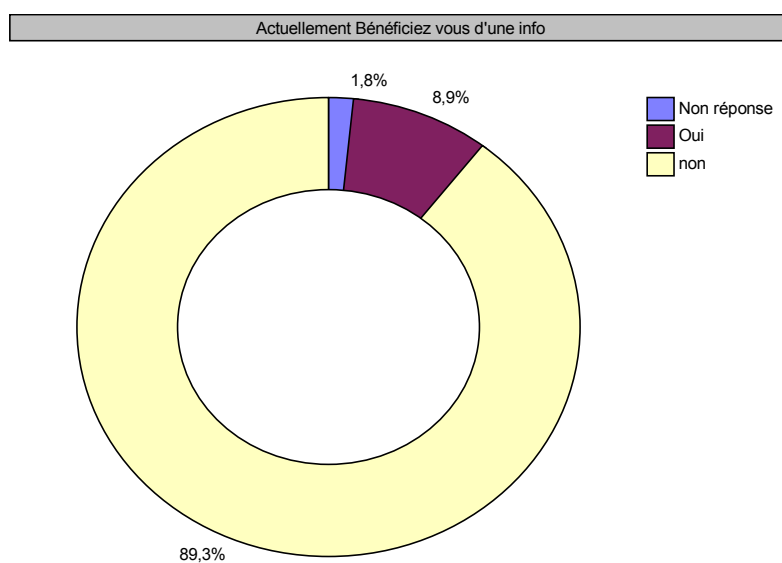
**4.Étiez-vous au courant que certains comportements pouvaient augmenter le risque d'avoir un cancer?**



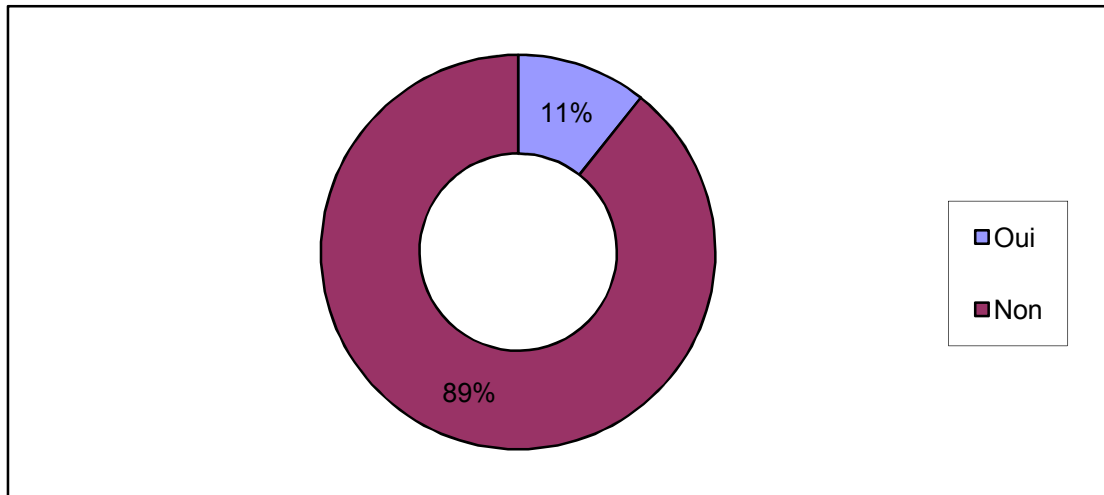
## 5. Circonstances de découverte de la maladie :



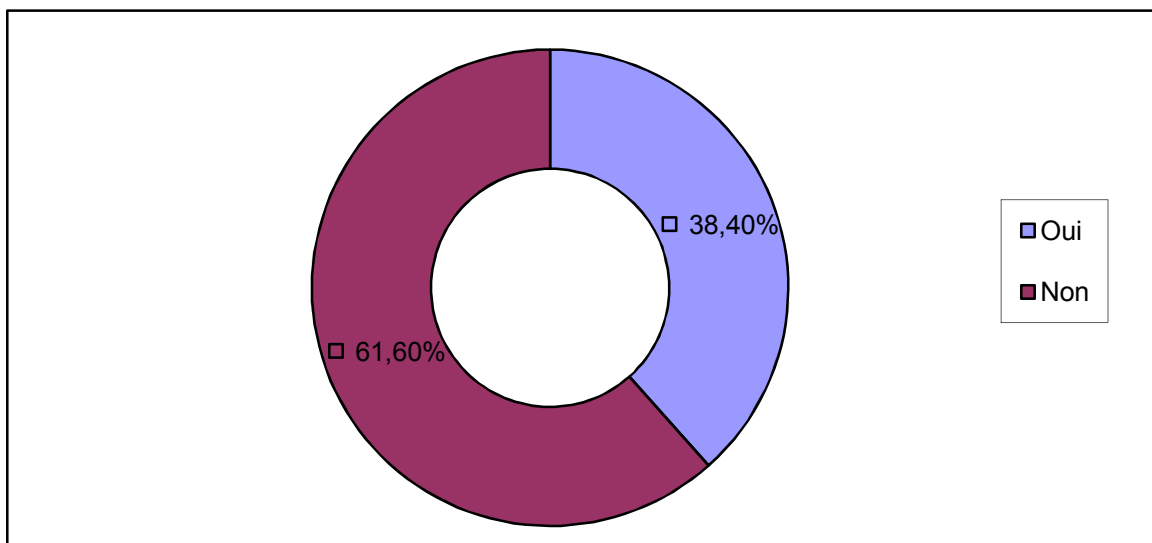
## 6. Actuellement Bénéficiez-vous d'une information pour prévenir un second cancer ?



**7. Bénéficiez-vous d'une information concernant la prévention et le dépistage précoce de cancers familiaux?**

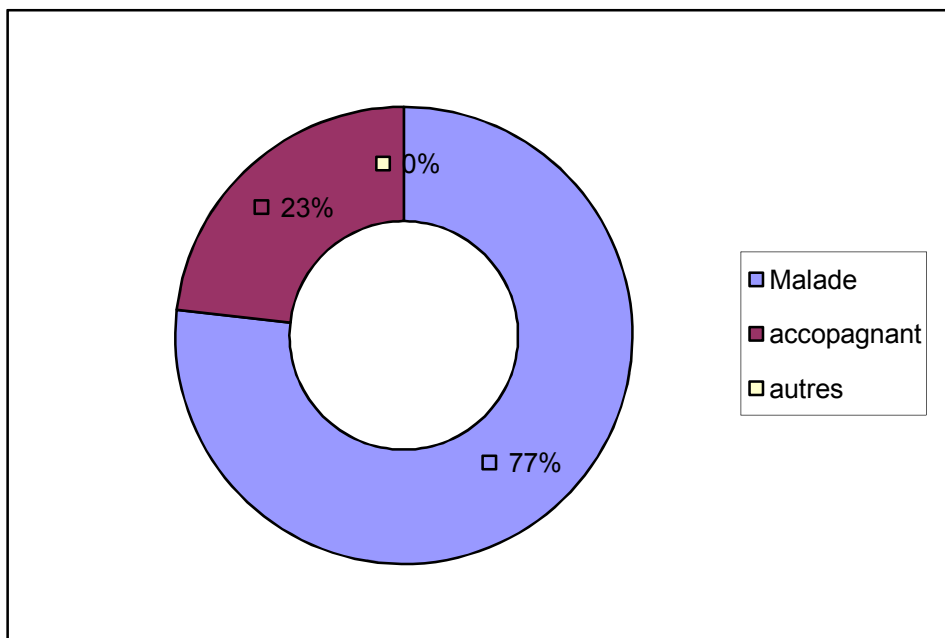


**8. Participez vous-même à faire de la prévention dans votre entourage?**

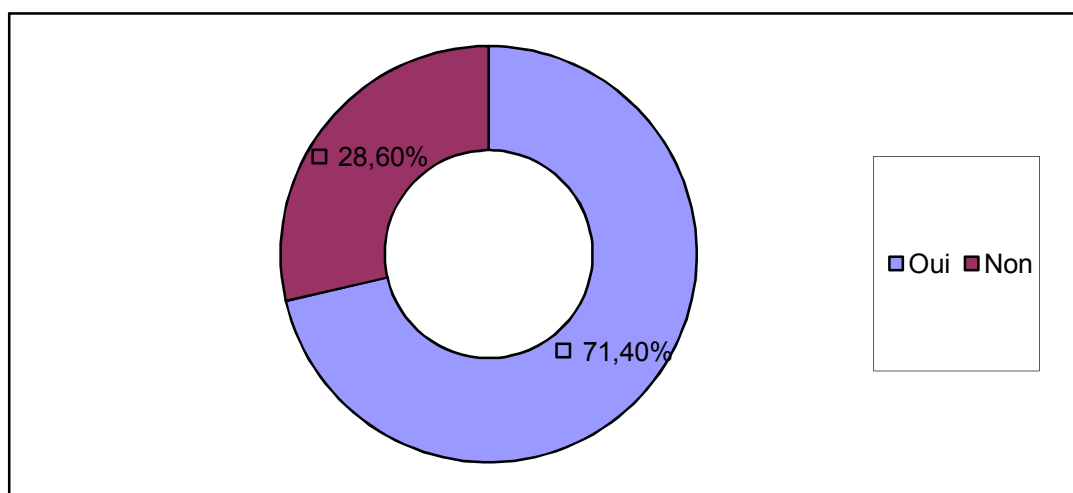


## B. Le malade est-il au courant de sa maladie ?

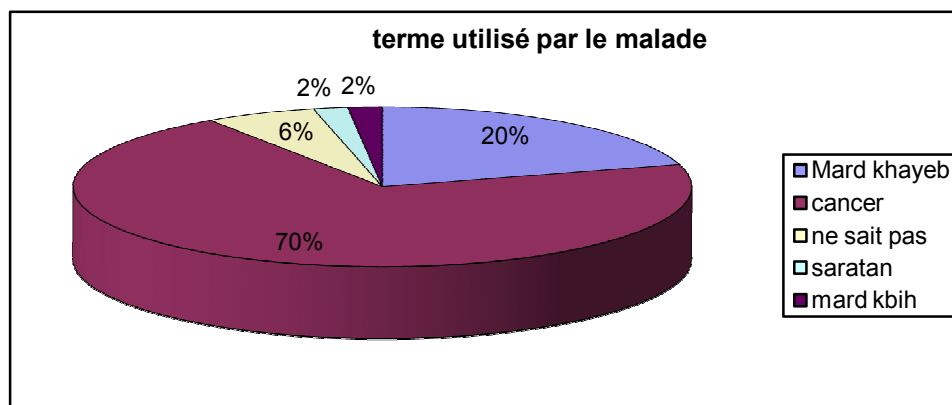
### 1. Qui est le principal interlocuteur?



### 2. La notion de maladie cancéreuse est-elle assimilée par le patient?

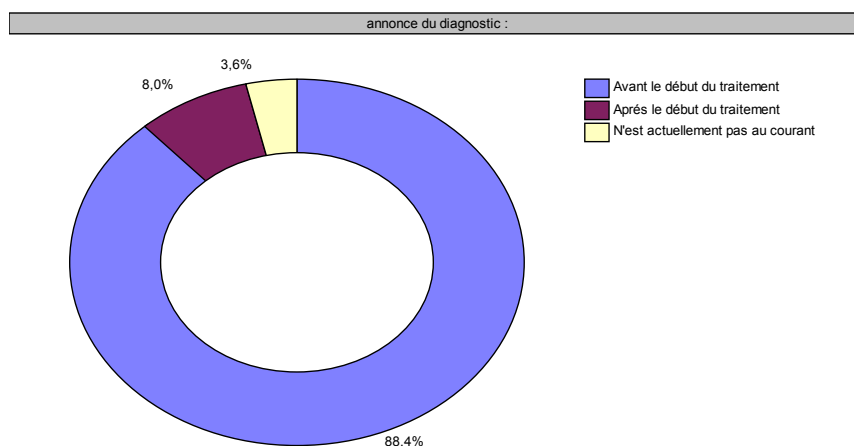


### 3. Termes exactes utilisés par le malade pour définir sa maladie:



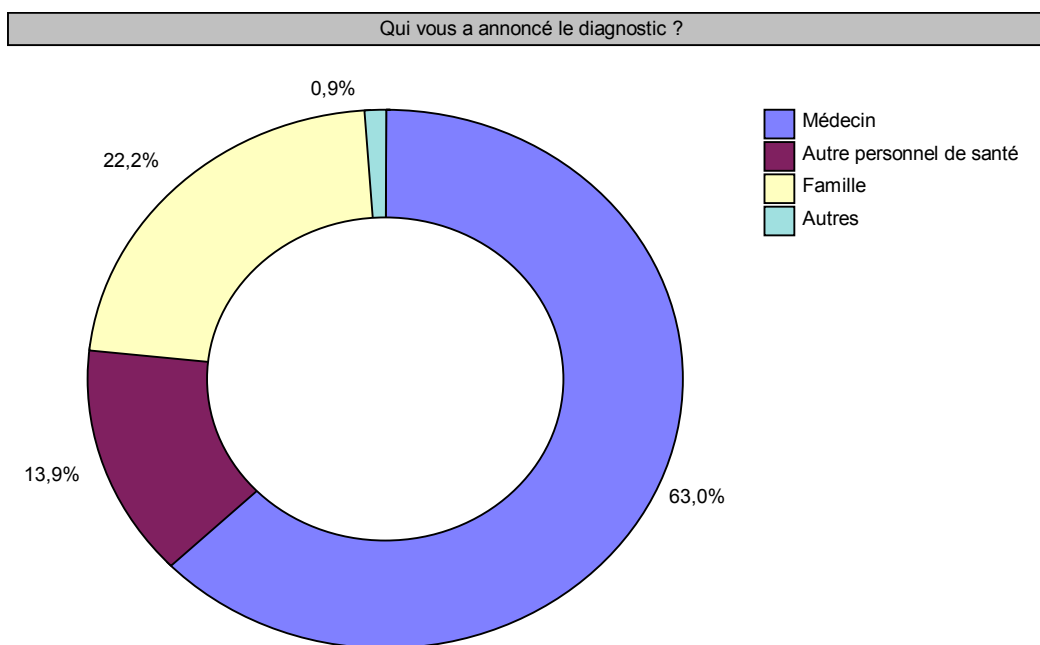
## C. Le diagnostic de la maladie cancéreuse :

### 1. L'annonce du diagnostic :



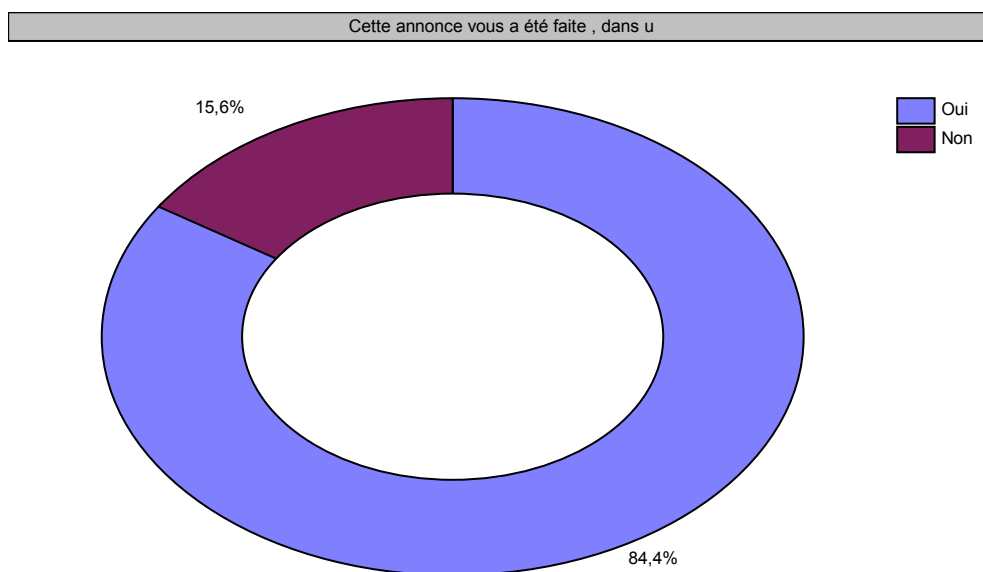
annonce du diagnostic :	Nb. cit.	Fréq.
Avant le début du traitement	198	88,4%
Après le début du traitement	18	8,0%
N'est actuellement pas au courant	8	3,6%
TOTAL OBS.	224	100%

## 2. Qui vous a annoncé le diagnostic ?



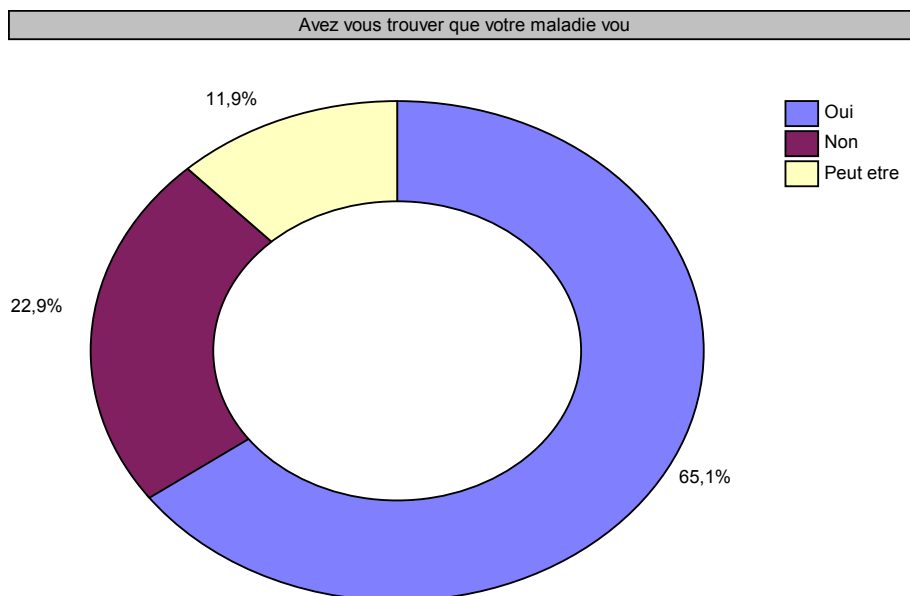
Qui vous a annoncé le diagnostic ?	Nb. cit.	Fréq.
Médecin	136	60,7%
Autre personnel de santé	30	13,4%
Famille	48	21,4%
Autres	2	0,9%
TOTAL OBS.	224	100%

### 3. Cette annonce vous a été faite, dans un cadre médicale ?



Cette annonce vous a été faite, dans un cadre médical	Nb. cit.	Fréq.
Oui	184	82,1%
Non	34	15,2%
TOTAL OBS.	224	100%

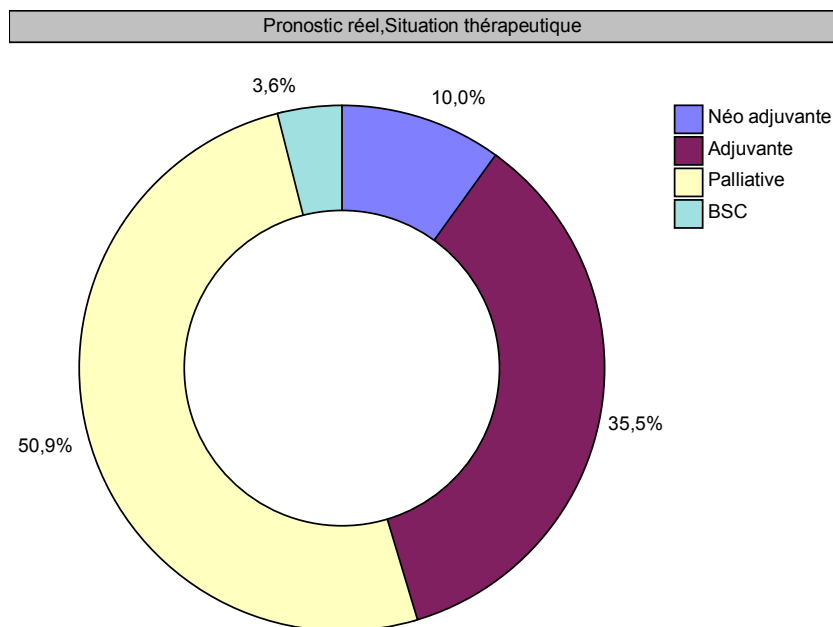
#### 4. Avez-vous trouvé que votre maladie vous a été annoncée de manière brutale ?



Annonce du maladie d'une façon brutale	Nb. cit.	Fréq.
Oui	142	63,4%
Non	50	22,3%
Peut être	26	11,6%
TOTAL OBS.	224	100%

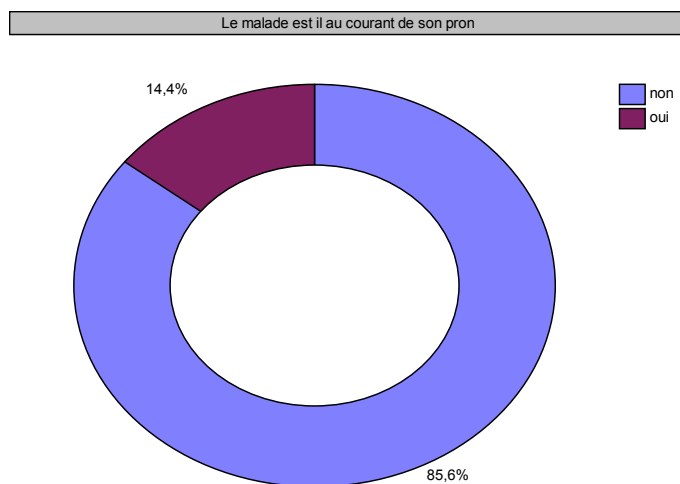
## D. Le pronostic médical :

### 1. Pronostic réel, Situation thérapeutique :



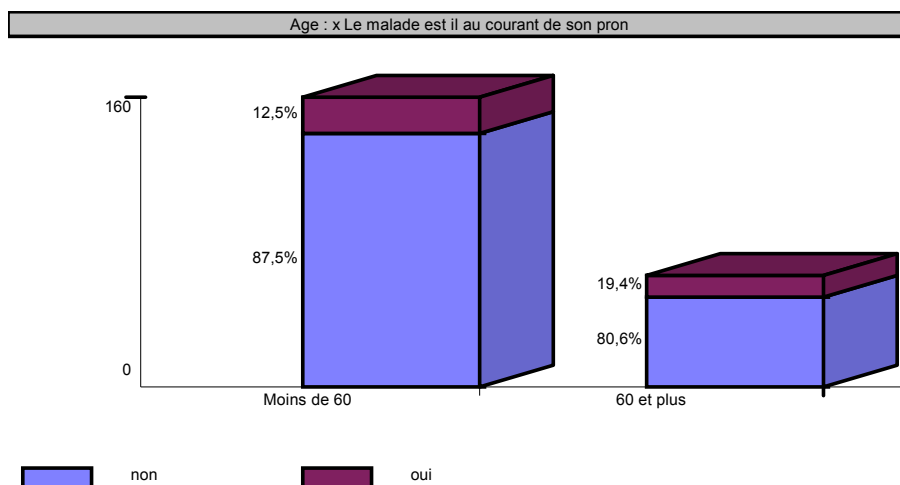
Pronostic réel, Situation thérapeutique	Nb. cit.	Fréq.
Néo adjuvante	22	9,8%
Adjuvante	78	34,8%
Palliative	112	50,0%
BSC	8	3,6%
TOTAL OBS.	224	100%

## 2. Le malade est il au courant de son pronostic ?



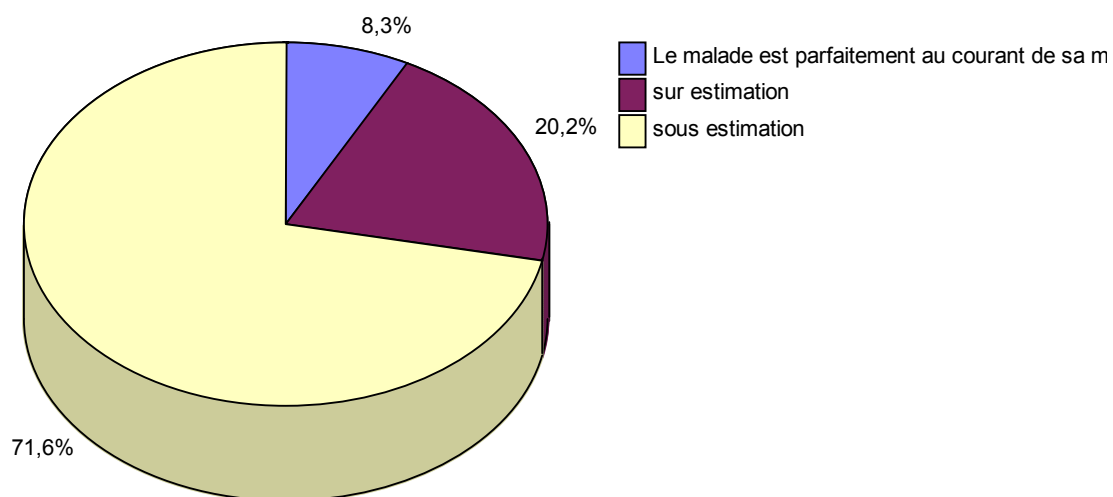
Le malade est il au courant de son pronostic	Nb. cit.	Fréq.
non	190	84,8%
oui	32	14,3%
TOTAL OBS.	224	100%

a .Le malade est il au courant de son pronostic ?x Age :



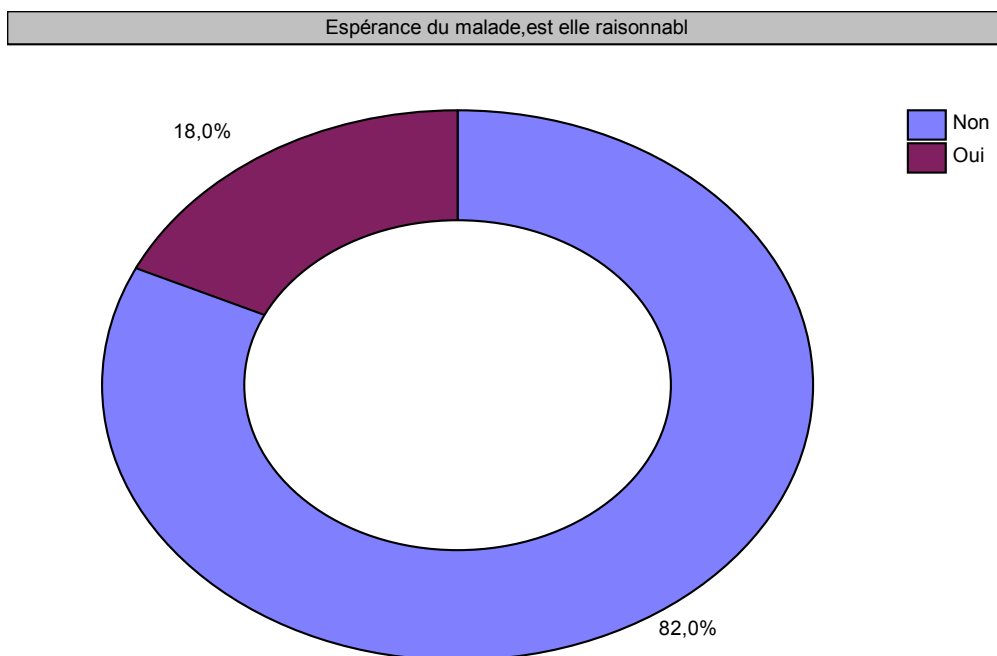
### 3. Perception du pronostic :

Existe-il chez le malade une :



Existe-il chez le malade une :	Nb. cit.	Fréq.
Le malade est parfaitement au courant de sa maladie	18	8,0%
sur estimation	44	19,6%
sous estimation	156	69,6%
TOTAL OBS.	224	100%

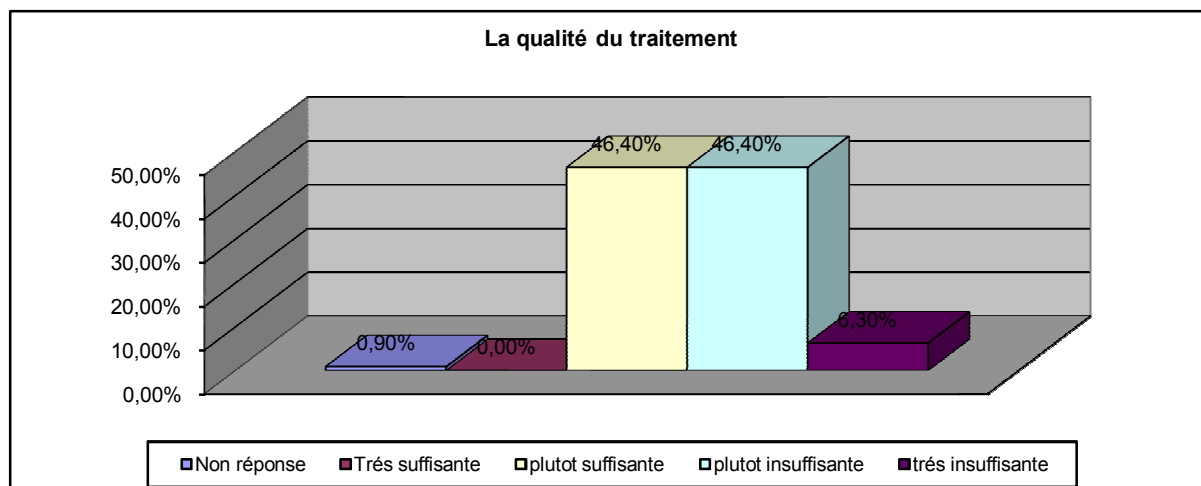
#### 4. Espérance du malade, est elle raisonnable ?



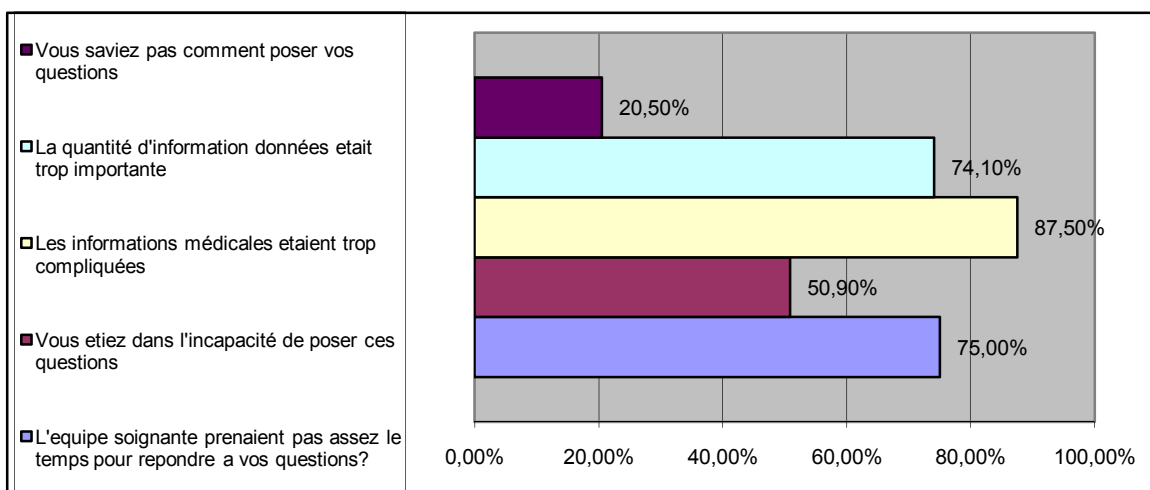
Espérance du malade, est elle raisonnable	Nb. cit.	Fréq.
Non	182	81,3%
Oui	40	17,9%
TOTAL OBS.	224	100%

## E. Perception de la maladie et relation au système de soins :

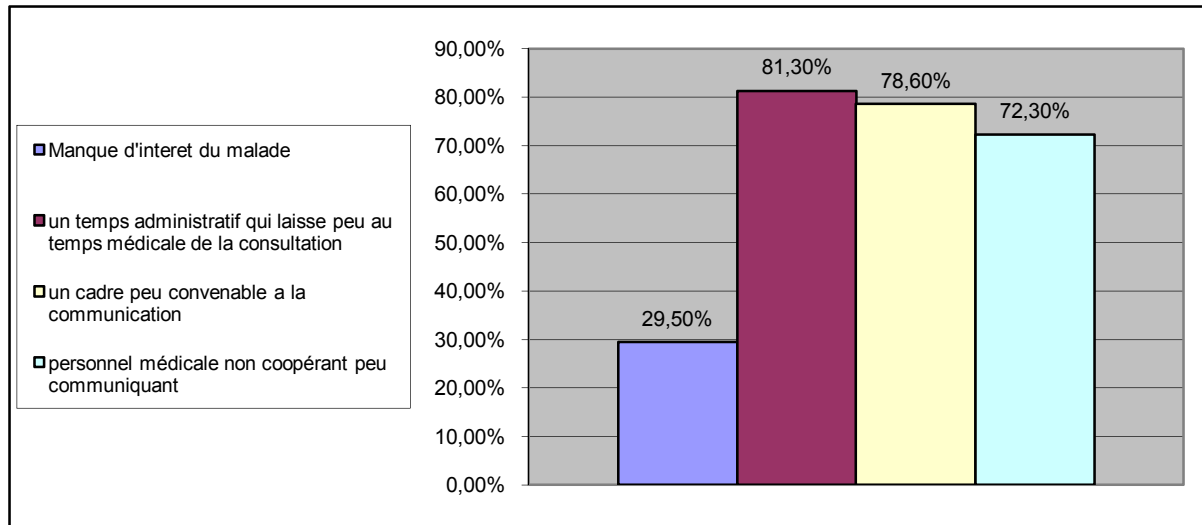
### 1. Evaluation du niveau d'information reçu par les malades par l'équipe soignante au cours du traitement :



### 2. Evaluation des échanges d'information avec les médecins et l'équipe soignante :

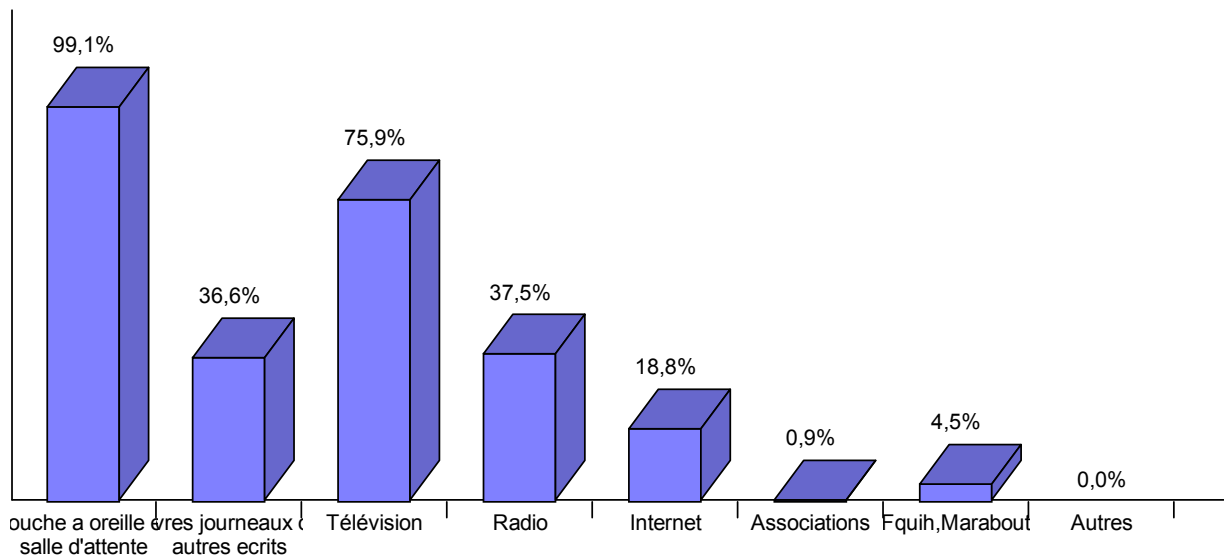


### 3. Les cause du manque ou mal information (selon le patient) :

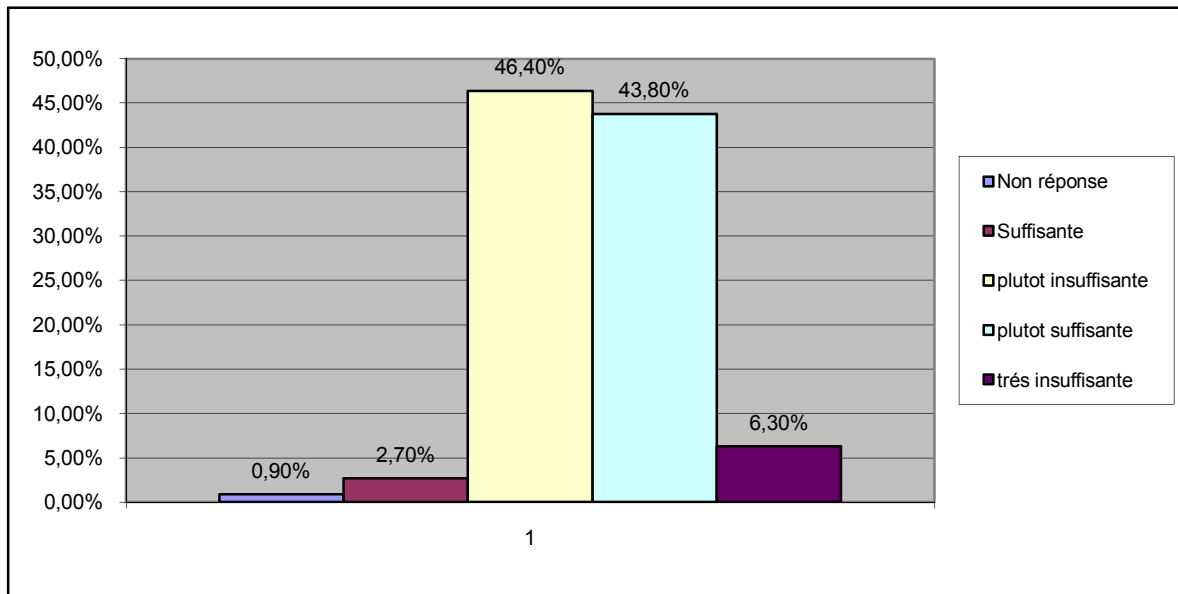


### 4. Alternatives, à la recherche de l'information médicale :

Alternatives ,a la recherche de l'infor

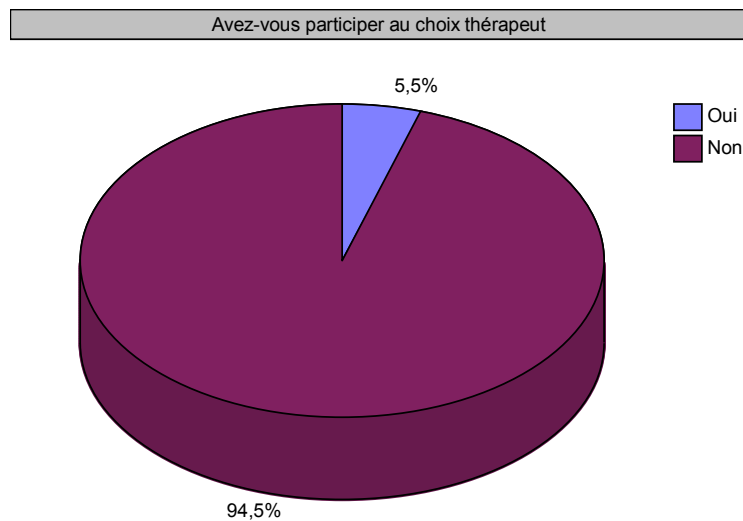


## 5. Le degré d'information actuel du malade par rapport a sa maladie :

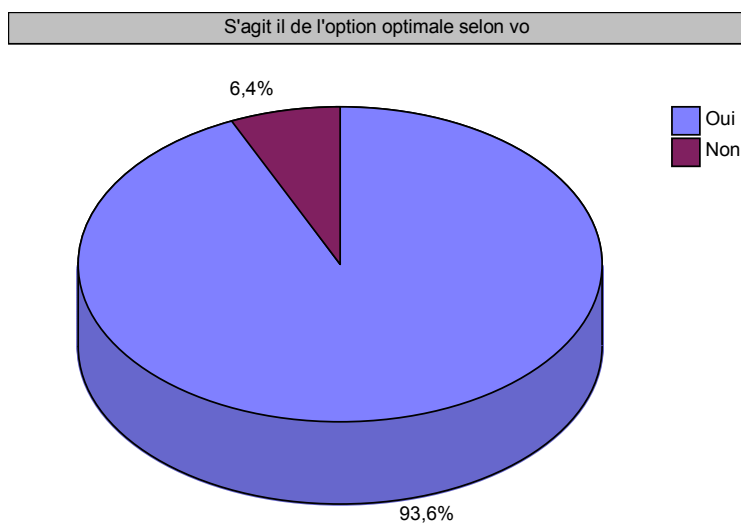


## F. Le choix thérapeutique :

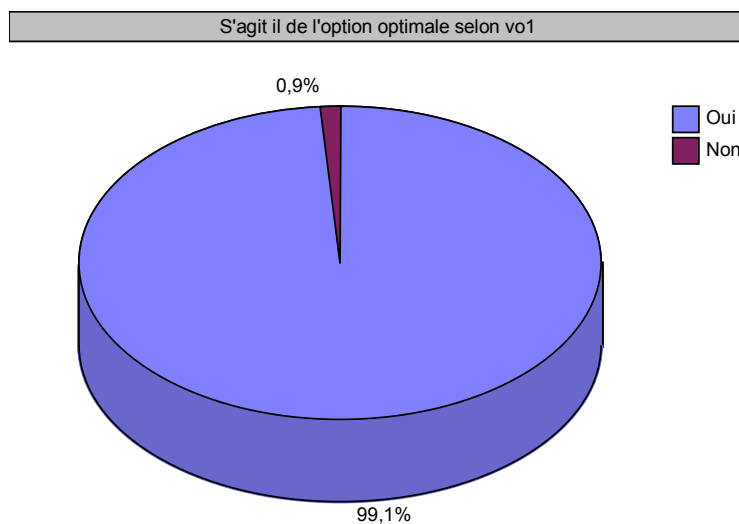
### 1. Participation au choix thérapeutique :



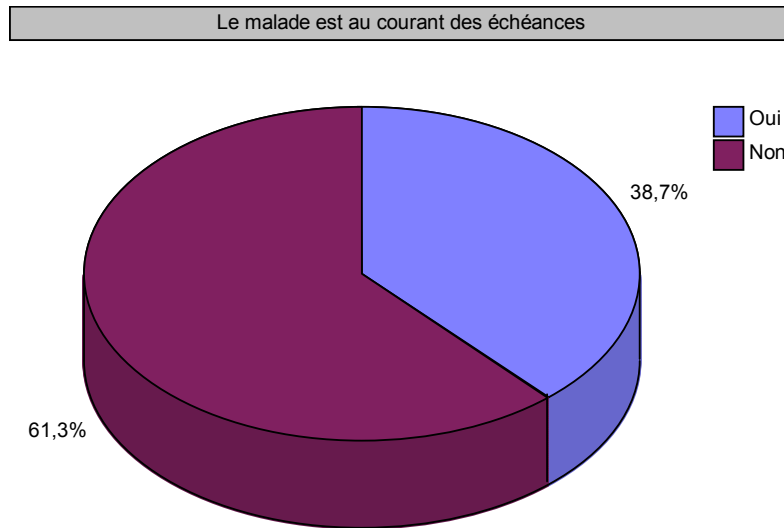
## 2. S'agit-il de l'option optimale (selon le malade)?



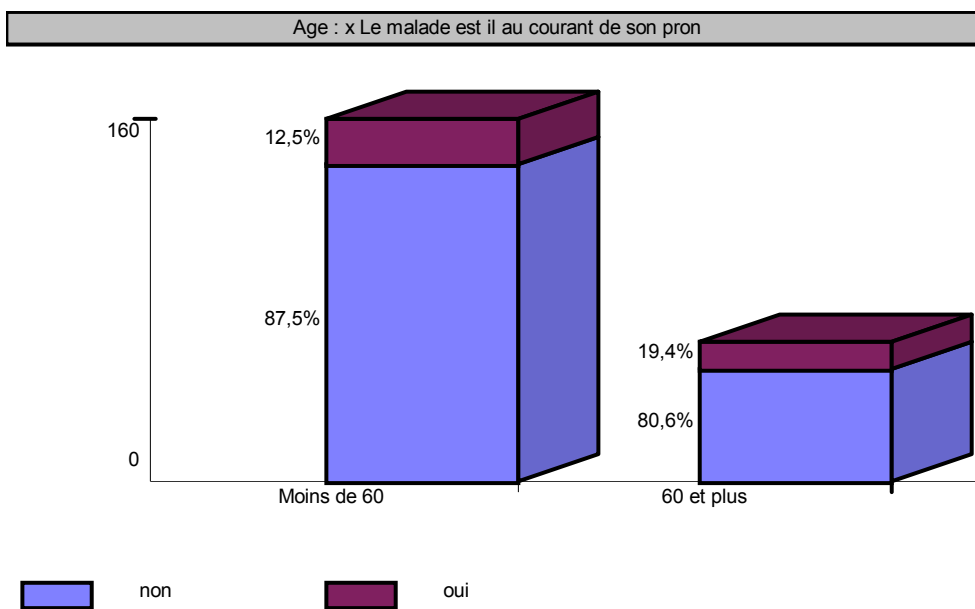
## 3. S'agit-il de l'option optimale (selon le médecin)?



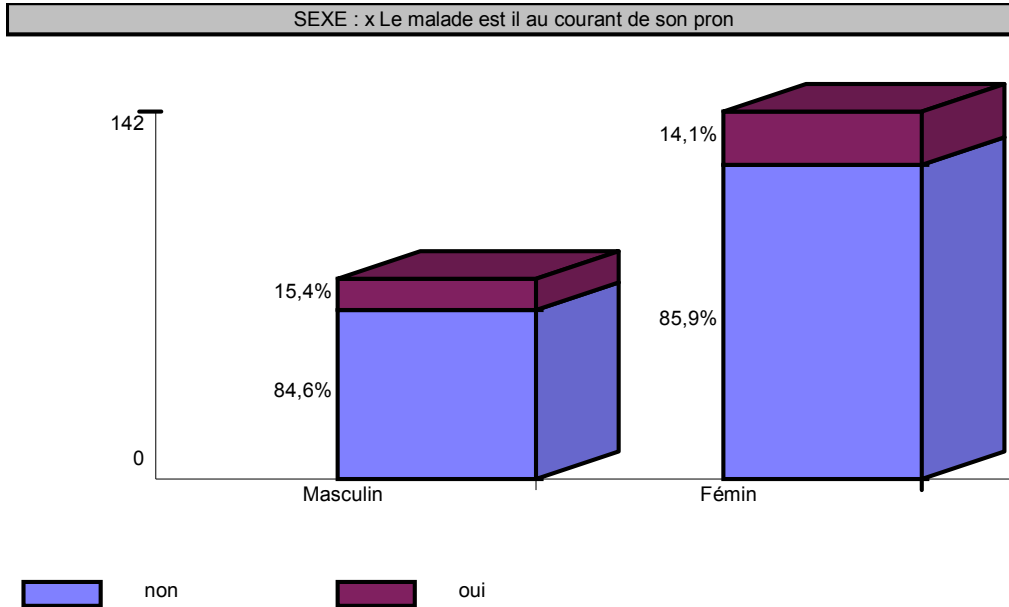
**4. Le malade est au courant des échéances prévues : par exemple Nb de cycle, RxTTT, chirurgie ... ?**



*a. Analyse par rapport à l'âge :*

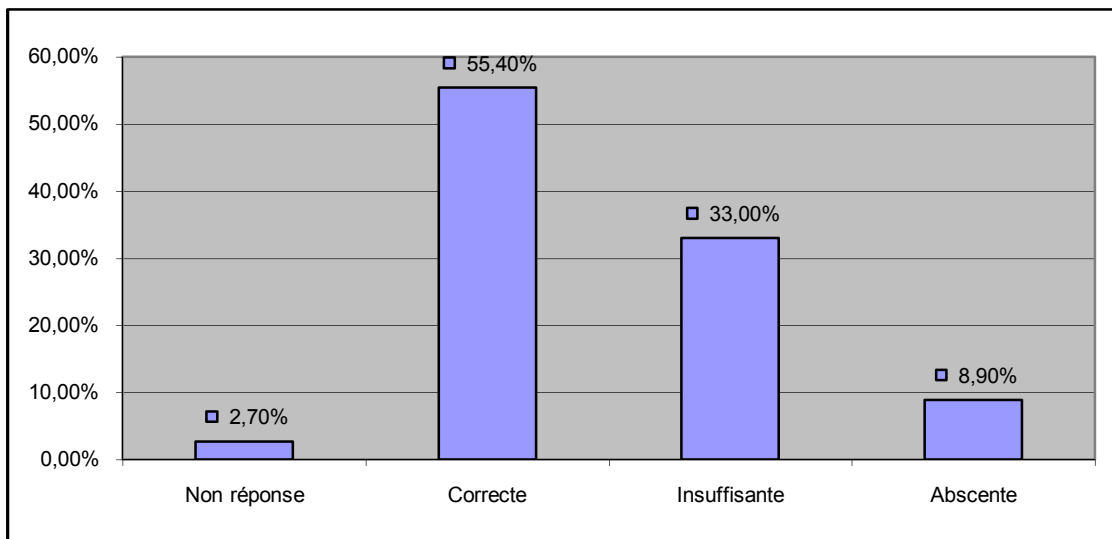


**b. Analyse par rapport au sexe :**

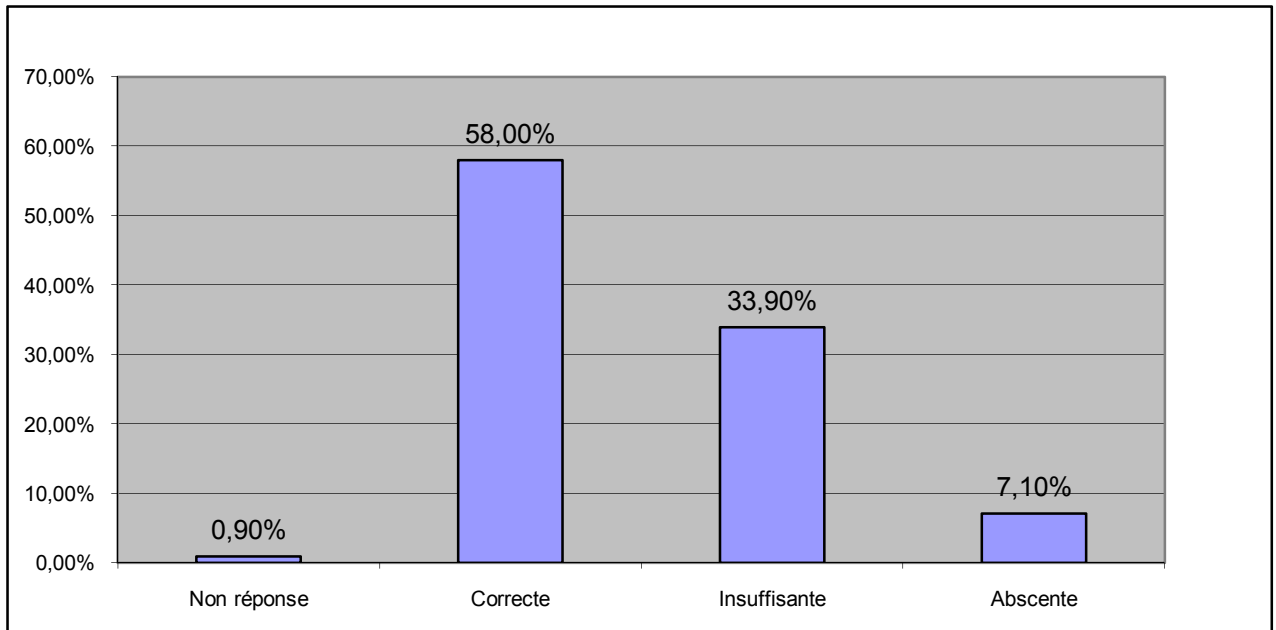


**G. Information et moyens thérapeutiques :**

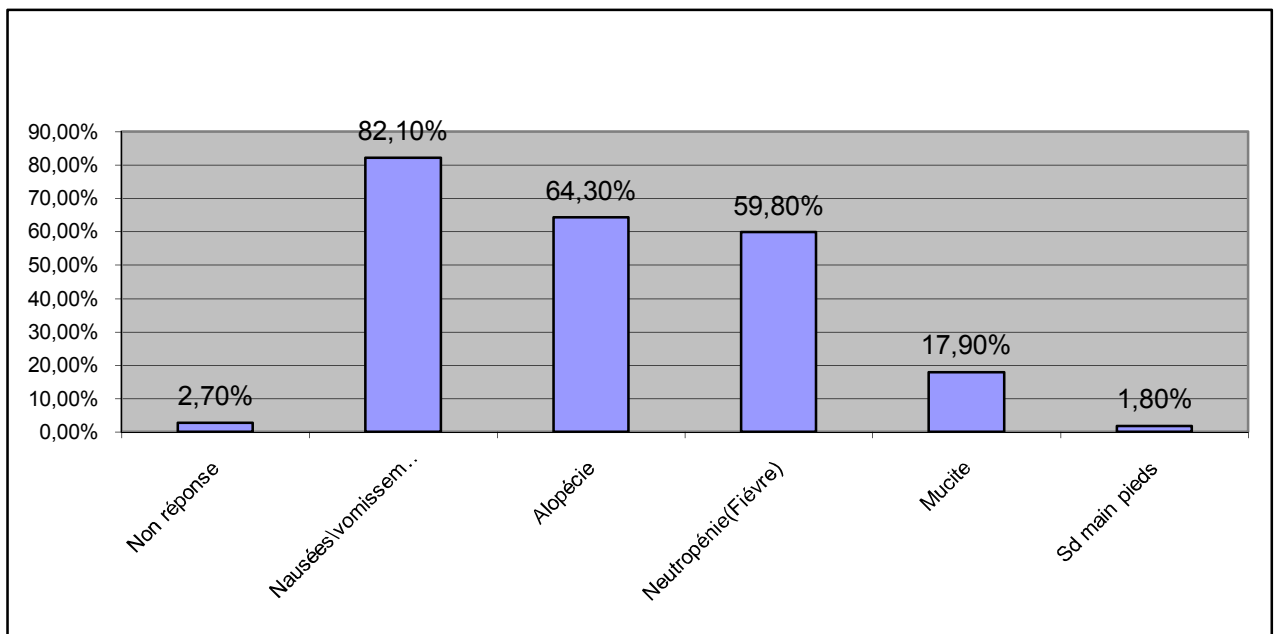
**1. Evaluation de la prémédication :**



## 2. Evaluation de la médication post-cure :



## 3. Evaluation des connaissances des malades en matières d'effets indésirables :



**Score moyen :**

<b>Score :</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Non réponse	2	0,9%
val = 0	4	1,8%
val = 1	30	13,4%
val = 2	110	49,1%
val = 3	60	26,8%
val = 4	16	7,1%
val = 5	2	0,9%
TOTAL OBS.	224	100%

*Minimum = 0, Maximum = 5*

*Somme = 504*

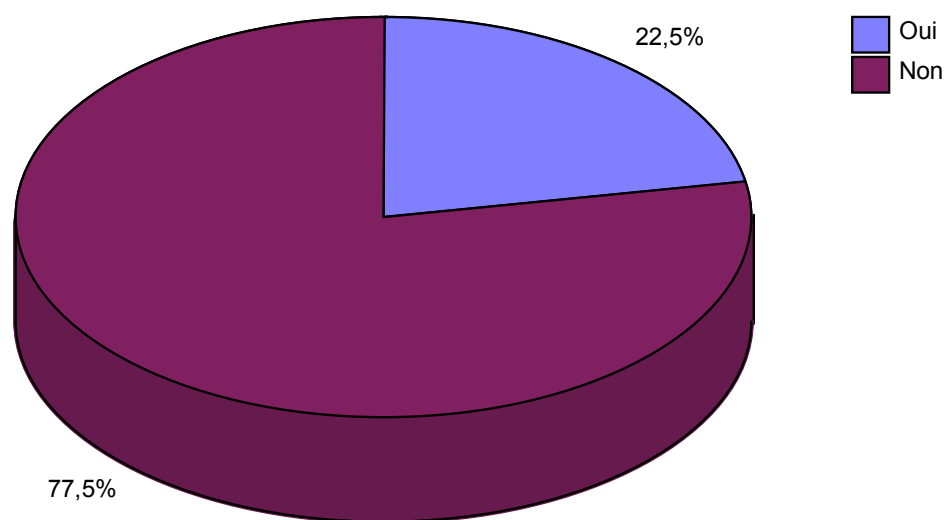
*Moyenne = 2,27 Ecart-type = 0,88*

*La moyenne obtenue est : 2,27\5*

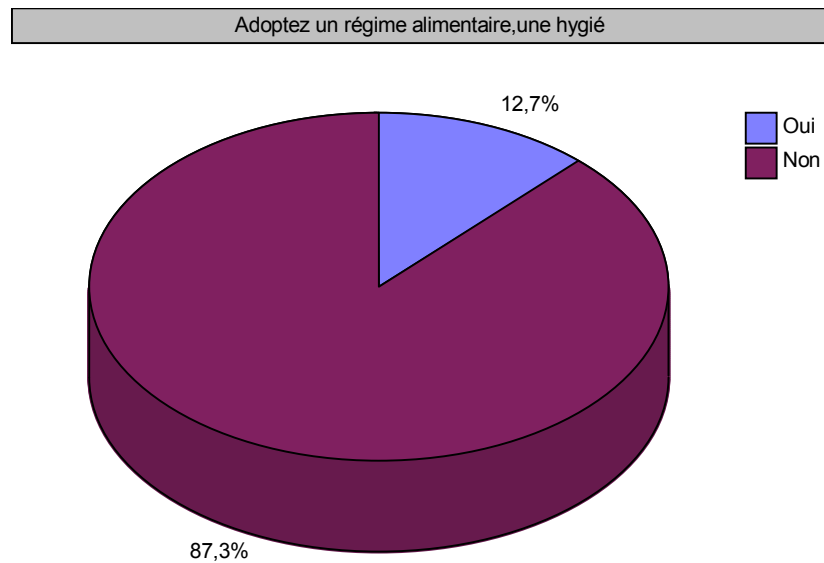
**4. Le malade reporte-t-il systématiquement les incidents survenus pendant l'intercure?**

Reportez vous systématiquement les incidents ?	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	0,9%
Oui	50	22,3%
Non	172	76,8%
TOTAL OBS.	224	100%

Reportez vous systématiquement les inci

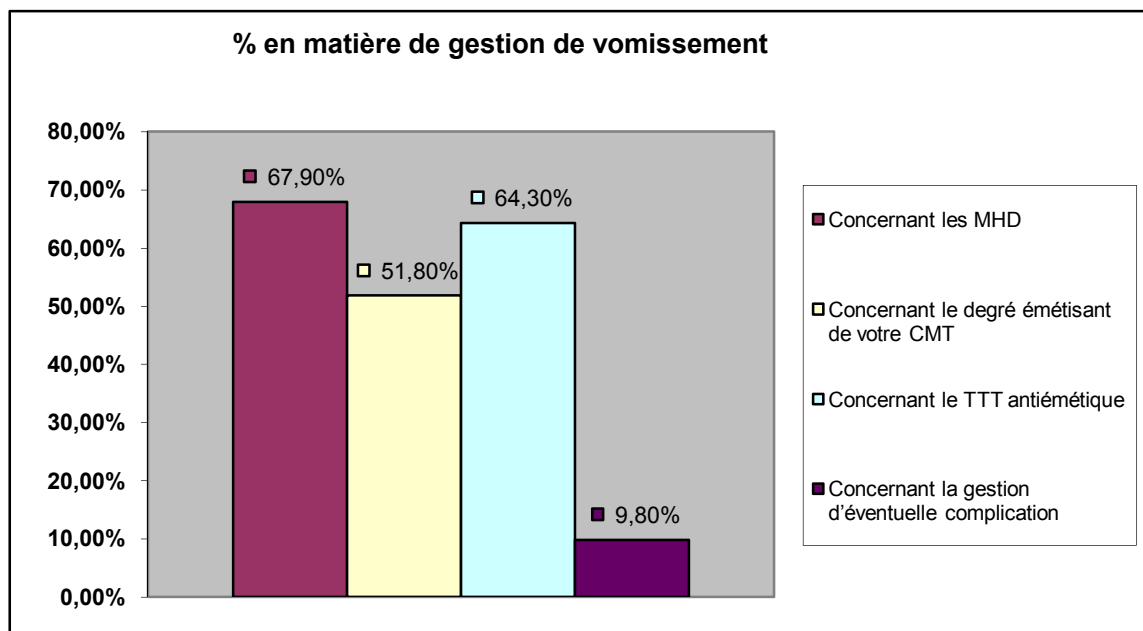


## 5. Le malade adopte-il une hygiène de vie particulière ?

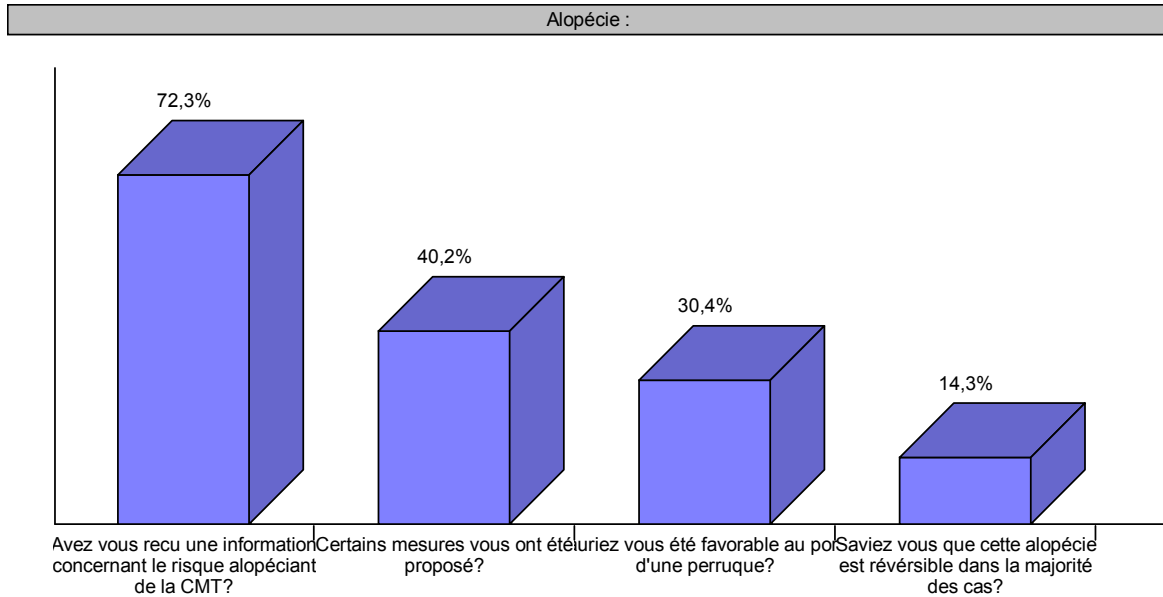


## H. Effets indésirables et gestion des toxicités :

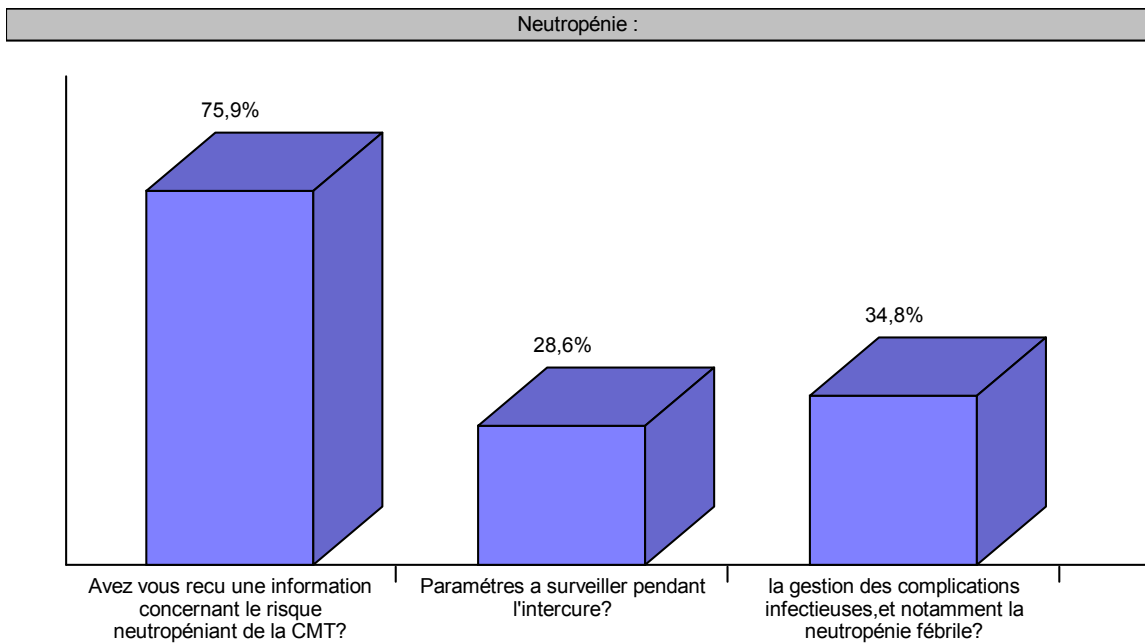
### 1. Information recue par le malade pour la gestion des vomissements, :



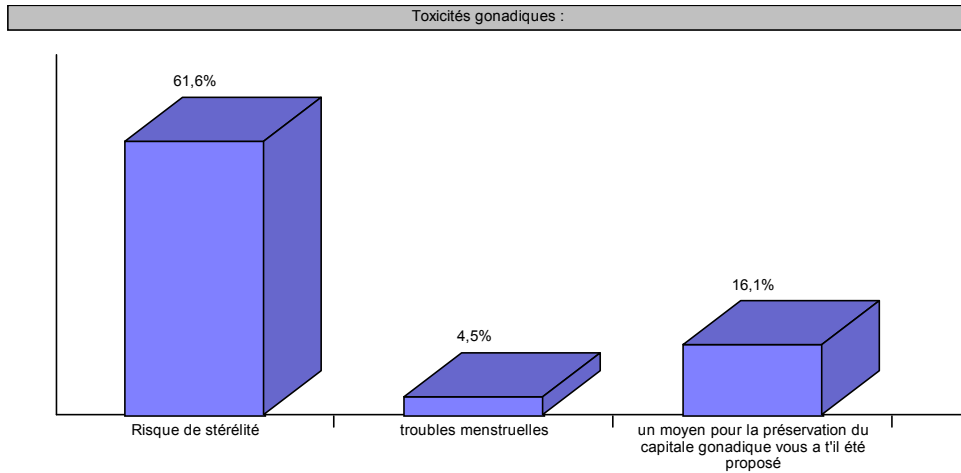
## 2. Alopécie :



## 3. Neutropénie :

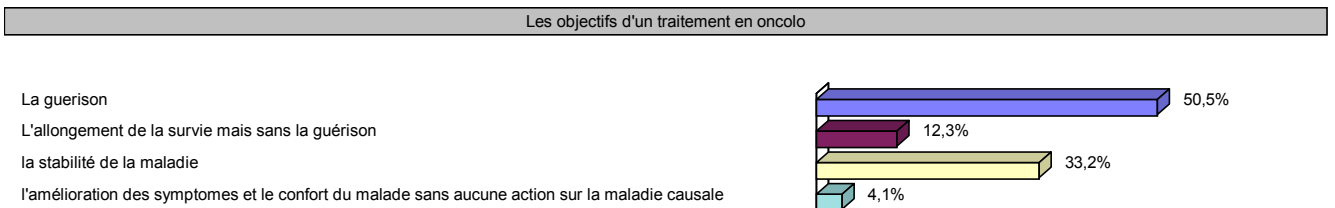


#### 4. Toxicités gonadiques :

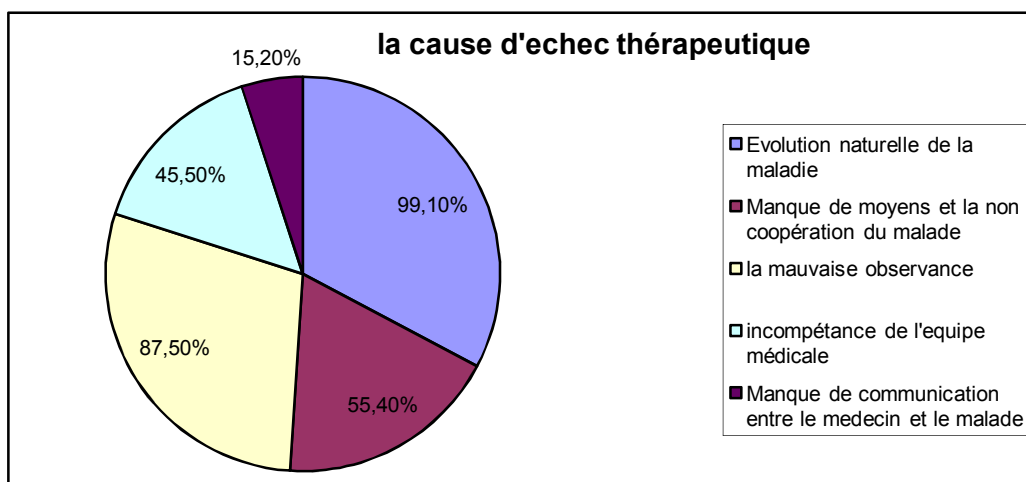


### I. Evaluation et notion d'efficacité thérapeutique :

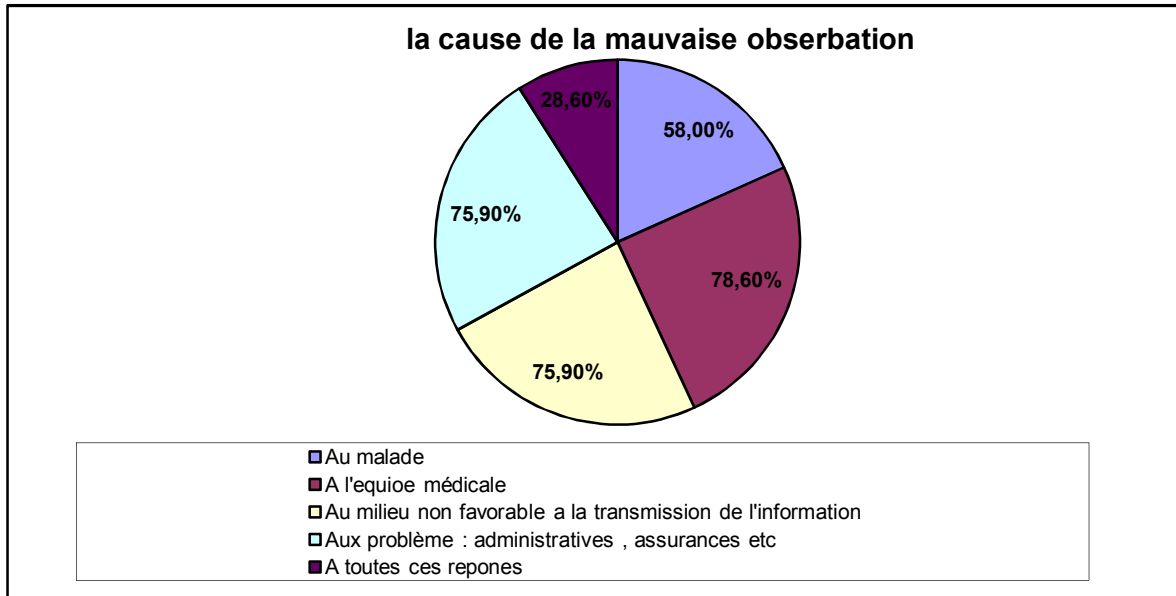
#### 1. Objectifs d'un traitement en oncologie médicale selon nos patients :



#### 2. Cause de l'échec thérapeutique selon nos patients :

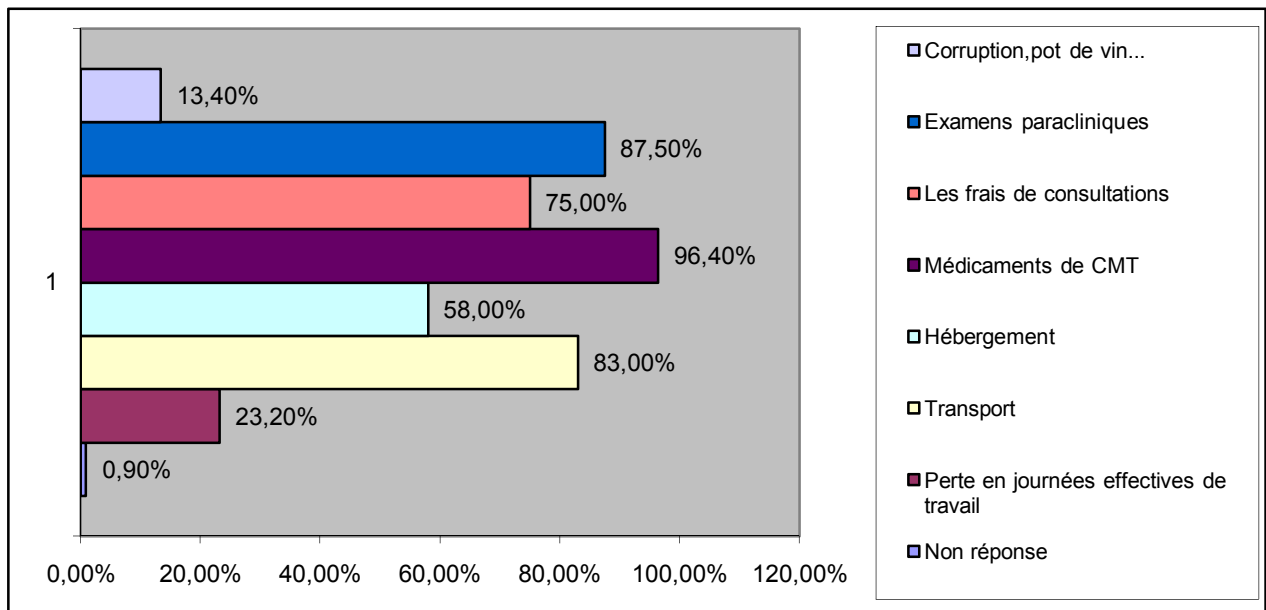


### 3. Les causes de la mauvaise observance :

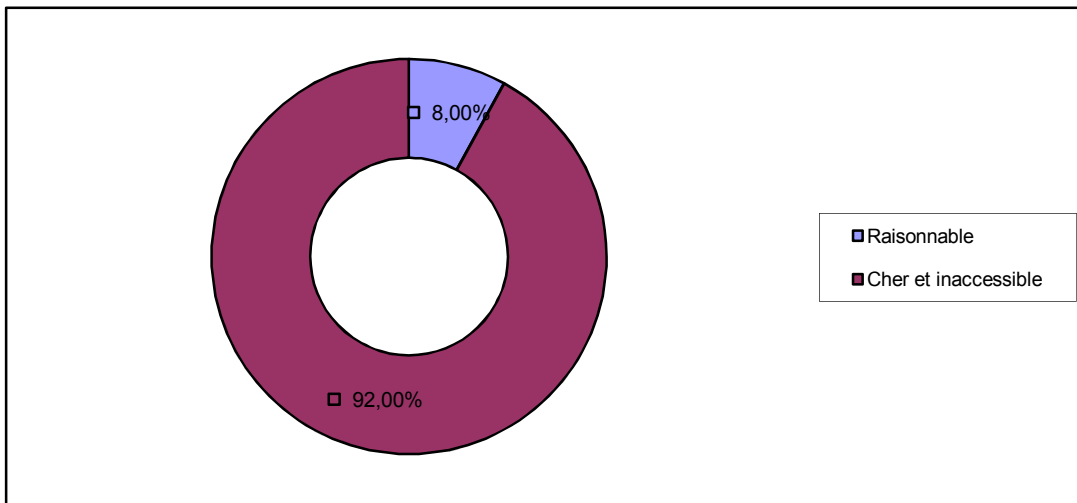


## J.Cout de traitement

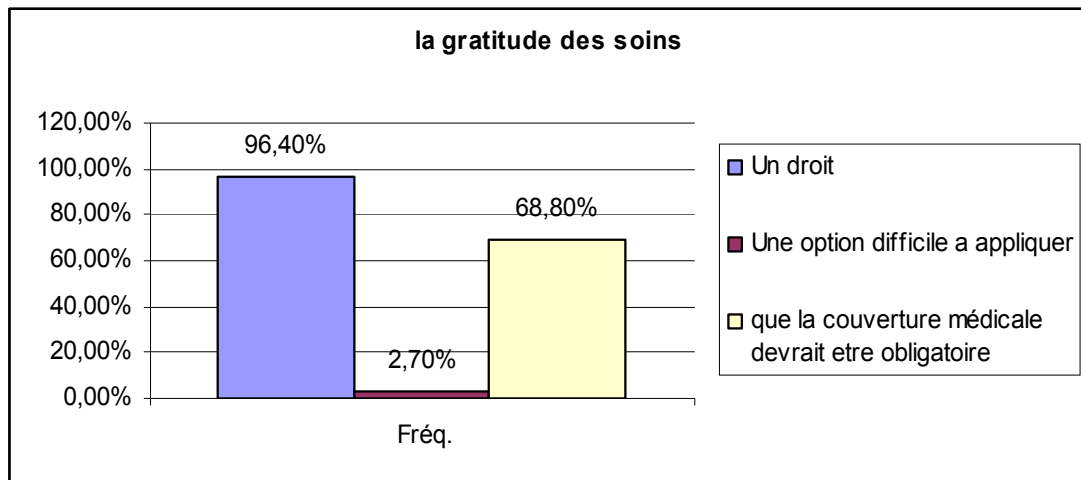
### 1.Sources de dépenses d'argent pour nos patients :



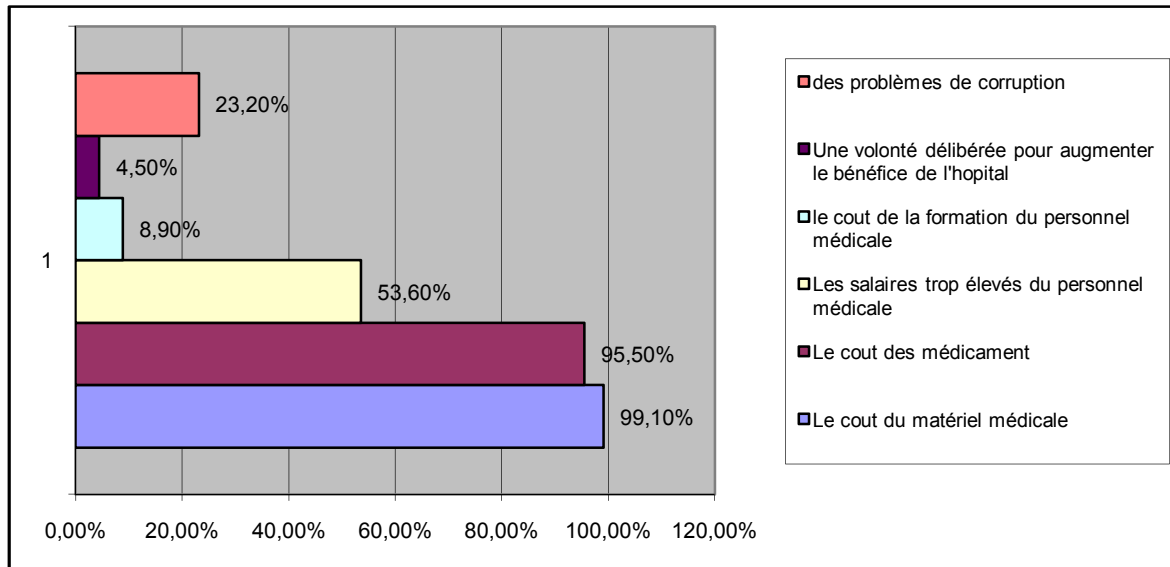
**2. Trouvez vous que le cout des traitements fournis a l'hôpital est :**



**3. Croyez vous que la gratuité des soins est :**

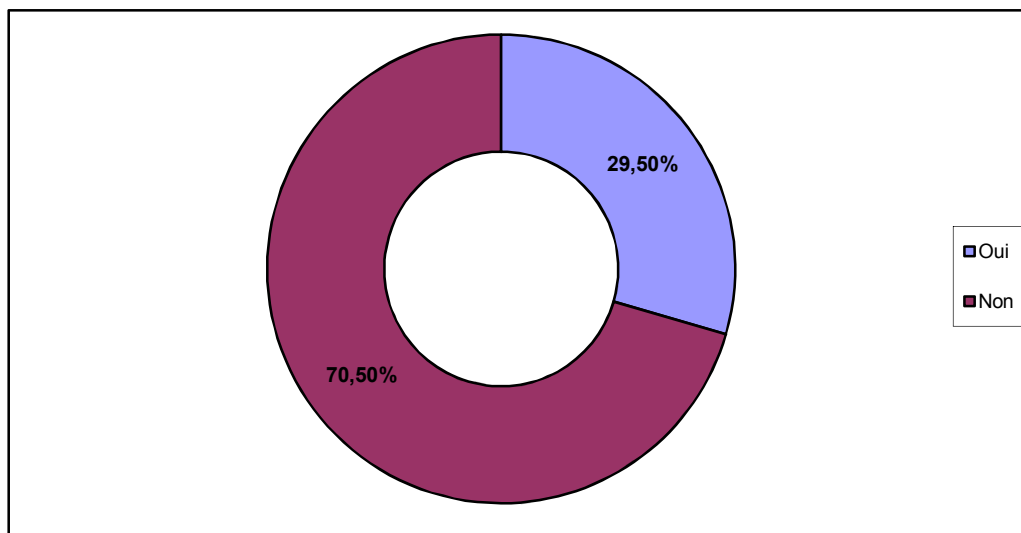


**4. Le cout élevé des prestations fournies à l'hôpital est selon vous du a :**

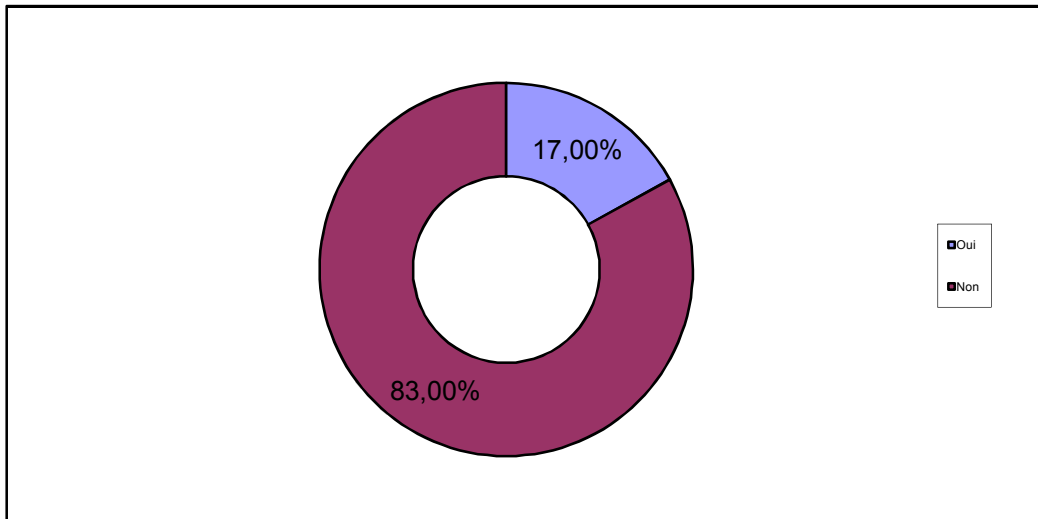


**K. Patients Marocains et essais thérapeutiques :**

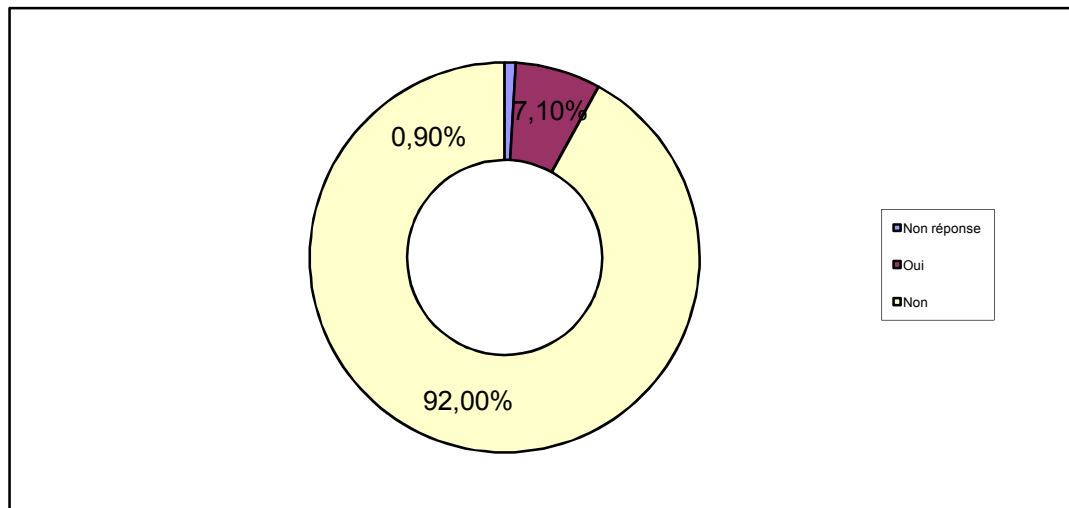
**1. Êtes-vous au courant de cette pratique :**



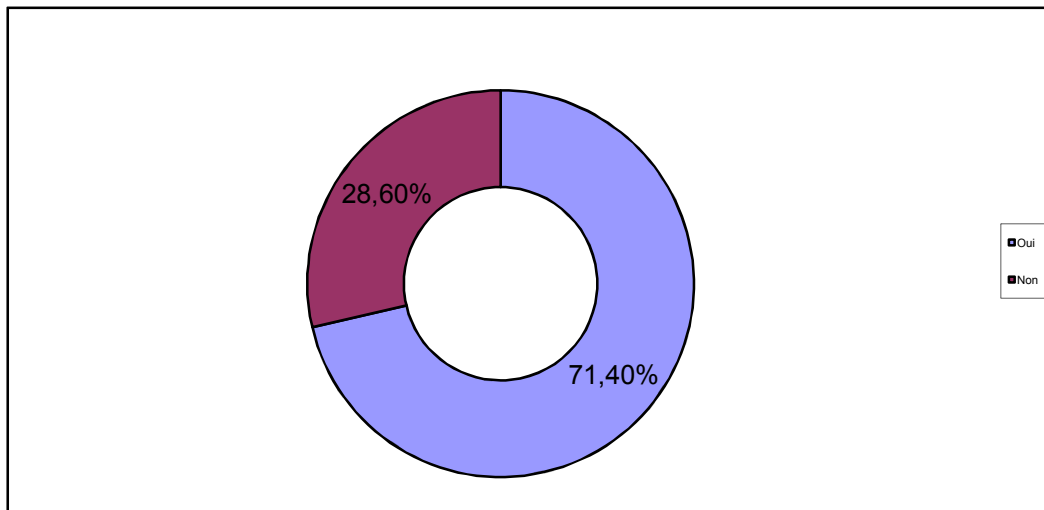
**2. Saviez vous que c'est une pratique complètement légale, contrôlée par une lourde législation et règles d'éthique ainsi qu'un solide rationnel scientifique ?**



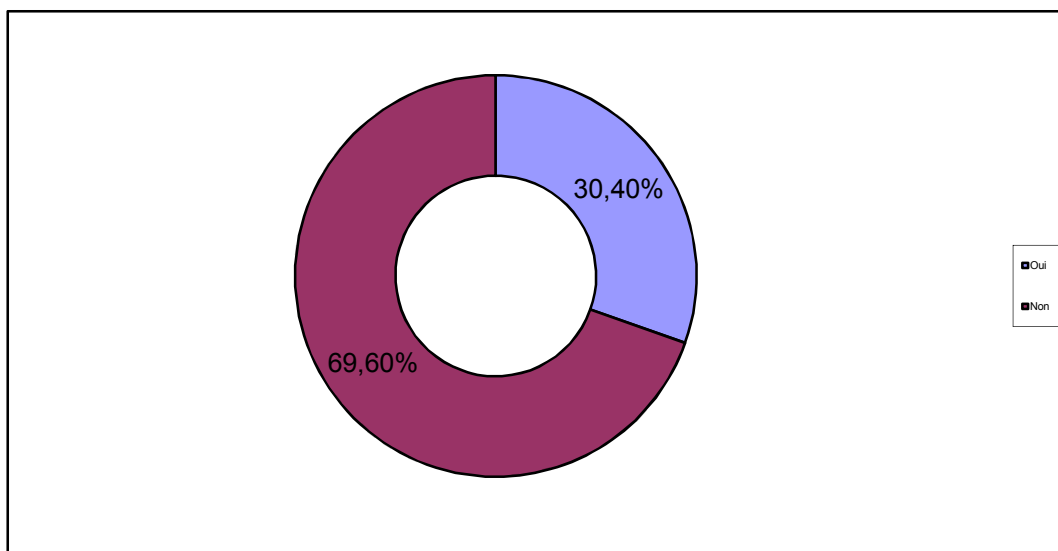
**3. Opteriez-vous Dembélé aux essais thérapeutiques ?**

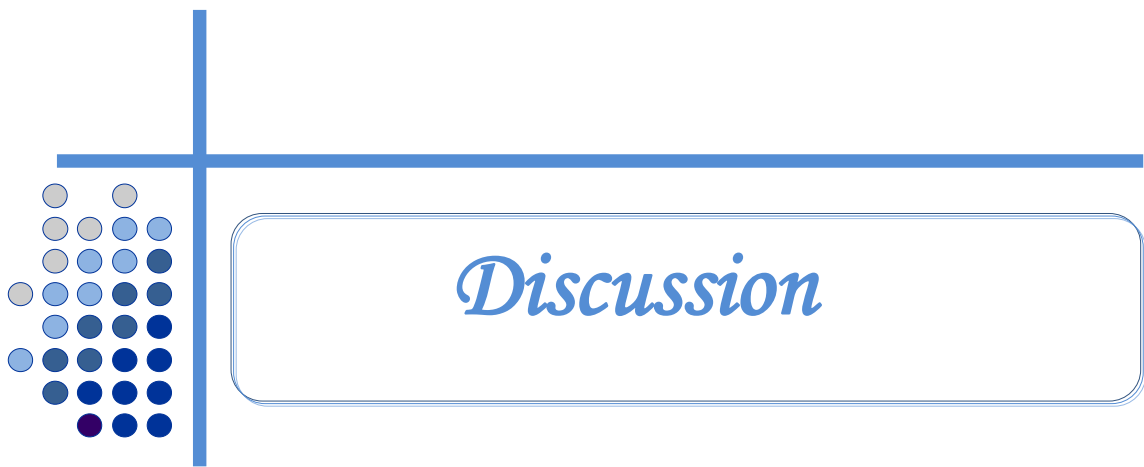


**4. Opteriez vous plutôt a cette option après échec de toutes les possibilités thérapeutiques ?**



**5. Préférez-vous ne pas être concerné par cette pratique ?**





## *Discussion*

## **I. LE DROIT A L'INFORMATION :**

### **1- Définitions et concepts de base**

Au début de ce travail, il paraît nécessaire de bien définir les concepts de base : INFORMATION et COMMUNICATION.

#### **a. Information**

Sens général : renseignements, faits et appréciations.

Il existe plusieurs types d'informations en médecine : informations générales diffusées dans un but de vulgarisation. Informations particulières (c'est à dire destinées à une personne singulière) dans le cadre de la santé et nécessitant de ce fait des décisions médicales.

Ces informations ont lieu dans le cadre d'un rapport interindividuel entre un patient et un professionnel. Le rapport qui s'instaure entre les deux personnes est fondé sur une communication au cours de laquelle le médecin fait connaître au patient son état de santé, les traitements qui sont envisageables dans son cas "personnel" les résultats auxquels le malade peut s'attendre, les risques et/ou les effets secondaires susceptibles de se produire. [1]

L'information médicale concerne autant les professionnels (médecins) de santé tenus à cette obligation que les bénéficiaires destinés à la recevoir (les patients).

## **b. Communication**

On sait très bien que la communication est inséparable à l'être humain, sa pratique se change en fonction des situations rencontrées, des personnes en présence et des objectifs assignés. Communiquer c'est aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre.

Sens général, de la latine communication : action de faire part, communicare : mettre en commun. Action de communiquer; résultat de cette action.

Aujourd'hui, sous l'effet de la cybernétique, du structuralisme, de la biochimie moléculaire, on entend par communication toute transmission de structure, tout processus par lequel une information est transmise.

Sens dérivé : la communication des consciences (relation médecin-malade) désigne l'acte par lequel la Conscience sort de son individualité pour entrer en rapport de compréhension et de sympathie avec celle d'autrui. [2]

## **c. Remarques**

Il ne faut pas réduire l'information à la "communication". En effet, de par son état de "Malade" le patient se trouve confronté à un système de soins, et chaque professionnel qu'il rencontre produit pour lui de l'information qu'il est nécessaire de synthétiser.

Cette circulation de l'information pose une question fondamentale : celle de la confidentialité et celle de l'organisation entre les différents acteurs de soins fixant leurs rôles respectifs. La nécessité de fournir des informations adaptées à la situation personnelle du patient n'exclut pas pour autant la fourniture d'informations d'ordre général (pathologie, conduite des soins, investigations...) [3].

## **2- La Société Et Le Changement Du Paradigme Médical**

Durant les cinq dernières décennies l'exercice médical a vécu plusieurs changements de paradigmes (un paradigme est une référence fondamentale qui justifie l'ensemble des comportements des individus ou ceux d'une société dans une époque déterminée).

- ✧ **1950-1970:** Le paradigme de l'explosion de l'efficacité thérapeutique a eu pour corollaire l'accroissement du pouvoir médical fondé sur les succès.
- ✧ **1970-1990 :** Le paradigme de la prise en compte de l'individu marqué par le souci de sa protection et de son épanouissement a vu l'émergence des Comités d'Ethique, de la loi HURIET, de la notion d'utilité, de la prise en compte des critères de qualité de vie.
- ✧ **1990-2000:** Le paradigme de la nécessité de justifier ses décisions. Il est objectivé par la rédaction des références et recommandations (Evidence-based Medicine ou Médecine basée sur les preuves), par la demande de compte par les malades ou les familles avec multiplication des procès, par l'évaluation des pratiques.

Depuis la fin de la dernière décennie, le paradigme du “pouvoir” des malades s’est progressivement imposé. Il est fondé sur un rééquilibrage dans la relation médecin-malade qui devient un partenariat ou mieux encore une alliance. Une relation médecin-malade authentique repose sur la qualité de l’information.

L’information du malade s’est imposée comme un droit du malade. Elle doit tendre à transmettre à celui-ci ce qui est considéré par le médecin comme la vérité (c’est-à-dire ce que le médecin sait ou croit savoir).

Cette information concerne le diagnostic, le pronostic, les propositions de choix notamment dans le domaine des traitements. Toutes ces informations sont nécessaires pour une participation active, pertinente du malade aux décisions médicales qui le concernent. Cette participation active revêt une importance capitale dans la situation d’une pathologie grave ou lorsque cette décision met en jeu avec un risque significatif la vie du malade ou au moins son avenir à court terme ou à long terme. Ces mutations dans le domaine de l’exercice médical sont accompagnées d’une évolution profonde du contexte de l’exercice médical. Cette évolution de la société doit être prise en compte dans le processus d’information des malades et de leur famille. [4]

**Particularités de la société marocaine :**

La société marocaine est moins informé et par le niveau d'études, la formation permanente, les médias, Internet... cette information touche en petite partie le domaine médicale, cette information non modulée par le filtre de la culture individuelle est susceptible de polluer les échanges entre les soignants et les malades, Elle fait naitre des espoirs et génère des incompréhensions.

Depuis l'indépendance, la société marocaine a connu de grands changements aux niveaux macro sociologique et microsociologique. Héritant d'une dualité complexe des structures, des institutions et des pratiques culturelles léguées par un passé à la fois traditionnel et colonial.

La société marocaine a évolué progressivement vers la situation actuelle, caractérisée par l'émergence de nouvelles dynamiques et par la reconfiguration de ses composantes. On pourrait y déceler le système de solidarité sociale qui a contribué à changer les relations sociales par l'effet des changements économiques et du rapport à l'Etat et aux institutions.

La société marocaine a connu des formes traditionnelles de solidarités sociales, collectives ou familiales, qui ont fonctionné comme des mécanismes pour l'entraide et l'atténuation des tensions sociales. Cette solidarité existait au niveau familial à travers l'aide aux membres de la famille, la prise en charge par la famille des personnes âgées, des femmes divorcées ou des veuves et parents sans ressources. La famille assurait toutes les fonctions pour l'individu : éducative, économique et de soin en cas de maladies. Elle constituait le refuge en cas de besoin et de nécessité et un rempart contre les aléas de la vie.

Le rôle de la famille dans l'offre de soins aux personnes qui en ont besoin était primordial. [5]

Ces caractéristiques ont naturellement fait adopter le modèle paternaliste par notre société, procurant aux médecins encor plus de responsabilités tant bien éthiques que morales, néanmoins, le patient marocain exprime aussi des droits et désirs universels, et qui sont:

- ✧ Le droit de savoir.
- ✧ Le droit de choisir.
- ✧ Le désir du meilleur soin à moindre coût.
- ✧ L'exigence sécuritaire.

### **3- Le pacte de confiance**

La relation médecin-malade a profondément évolué durant les trois dernières décennies.

Il se caractérise par l'existence de deux modèles caricaturaux: **le modèle paternaliste** et **le modèle autonomiste**, ces deux modèles sont basés sur des fondements philosophiques très différents de l'éthique médicale.

#### **a. Le modèle paternaliste :**

**Le modèle paternaliste a été longtemps le modèle dominant.** Dans ce modèle, on considère que le malade, du fait de sa maladie, est en état de faiblesse et de souffrance. Il fait confiance au médecin qui le "prend en

charge". Il existe donc une asymétrie qui a pour fondement le principe de bienfaisance (H. JONAS en Allemagne, E. LEVINAS en France). Il faut éviter d'ajouter à la souffrance et à la détresse du malade le poids d'une information anxiogène, jugée insupportable lorsqu'il s'agit d'une mauvaise nouvelle. Il est dans cette conception, contraire au principe de bienfaisance, de demander un consentement et à plus forte raison une participation à la décision. Une entorse à ces principes pouvait même être considérée comme une fuite devant ses responsabilités. Ce modèle est aujourd'hui obsolète.

Il pouvait être acceptable à une époque où les diagnostics étaient plus qu'aujourd'hui probabilistes, où les thérapeutiques étaient ni agressives, ni vraiment efficaces, où surtout les connaissances des malades dans le domaine médical étaient réduites ou inexistantes. [6]

#### **b. Le modèle autonomiste**

Il existe un contrat régi par des rapports financiers dont l'objet principal est représenté par le soin.

Dans ce modèle l'information sur le diagnostic, le pronostic, les différents traitements possibles avec leurs risques et bénéfices respectifs doit être complète. La décision finale appartient au malade, elle doit être acceptée par le médecin même s'il la juge irrationnelle, voire moralement inacceptable pour lui.

Ce modèle peut choquer et susciter diverses interrogations : le malade du fait de sa maladie est-il autonome? Le respect absolu de la volonté du malade ne risque-t-il pas de transformer le médecin en exécutant avec un risque d'indifférence ou un complice de comportements déviants voire non conformes aux lois ?

Face à ces deux modèles il existe une troisième voie qui a été décrite par le philosophe Paul RICOEUR sous la dénomination de PACTE DE CONFIANCE : [6]

**c. Pacte de confiance :**

Au départ, il existe un fossé entre le malade et le médecin qui ne peut être comblé que sur la base de la confiance. L'échange entre le malade et le médecin aboutit à une information réciproque. Selon Paul RICOEUR le malade porte au langage sa souffrance, ses plaintes, avec une composante descriptive (les symptômes) et narrative (la maladie s'inscrit dans l'histoire de la vie) avec une demande implicite ou explicite de guérison, de soulagement mais aussi une promesse, là encore implicite ou explicite de la part du malade, d'observer le protocole proposé. Le médecin de son côté écoute, confronte les informations avec son savoir et ses expériences vécues, puis présente au malade ses explications et ses propositions. Cet échange d'informations réciproques basé sur la confiance peut être fragilisé par de la méfiance de la part du malade (crainte d'un abus de pouvoir, soupçon d'incompétence) ou par la négligence de la part du médecin (indifférence, préoccupation pécuniaire, manque de disponibilité).

Ce pacte de confiance repose sur trois piliers qui conditionnent fortement la quantité et la qualité des informations échangées dans les deux sens. Ces trois piliers sont :

- ✧ La perception partagée par le médecin et le malade que ce dernier est un exemplaire unique et non un spécimen d'un ensemble indifférencié qui constitue la clientèle
- ✧ Le malade est indivisible. On ne soigne pas un organe ou un système malade mais un être intégral,
- ✧ A tout instant de la relation médecin-malade, "l'estime de soi" du malade est respectée, voire valorisée, quel que soit son état physique ou psychique.

Une lecture un peu rapide des principes de cette troisième voie et du pacte de confiance pourrait suggérer que dans cette relation médecin-malade le pouvoir du médecin est prédominant et peut conduire à une attitude paternaliste : "Docteur, j'ai confiance en vous, je me remets à vous" laissant au médecin la prise de décision en son âme et conscience. En réalité, tout dépend de la manière dont le médecin utilise le pouvoir qui lui est "confié". Ceci fait l'objet de développements ultérieurs. [6]

#### **4- Les différents types d'informations :**

Au cours de la prise en charge d'un malade, différents types d'informations sont délivrées sur son état de santé, ou les modalités de sa prise en charge (explorations, traitements, effets secondaires éventuels, pronostic,..). Ces informations de plusieurs ordres sont souvent intriquées : [7]

**a. Informations individuelles :**

Elles sont adressées directement au malade. Ces informations peuvent lui être adressées personnellement par un médecin ou un membre de l'équipe soignante. Elles peuvent être énoncées devant lui, de façon volontaire ou non (discussion d'un dossier dans la chambre, remarque entre des soignants,...). Elles peuvent être transmises par un proche par exemple au risque d'une déformation.

**b. Informations collectives :**

Faisant participer notamment la famille. Ces informations sont adressées en même temps à plusieurs personnes, dont les niveaux d'implication (malade, famille) et de compréhension sont différents. Ainsi, un "émetteur" (médecin par exemple) sera face à plusieurs "récepteurs" entre lesquels l'information pourra circuler à nouveau. Là aussi intervient le risque d'une déformation ou d'une interprétation de l'information initialement délivrée.

**c. Informations générales :**

Ces informations peuvent être trouvées dans un livret d'informations, un dictionnaire ou un ouvrage médical, ou encore dans la presse de vulgarisation scientifique. Elles peuvent émaner d'une association de malades spécialisée pour une pathologie donnée, permettant dans ce cas au malade d'être parfois autant, voire plus informé que son médecin sur sa pathologie et ses spécificités. Parmi ces informations, nous distinguons : Les informations verbales, adressées directement ou indirectement au malade.

*c.1 Informations indirectes :*

Traduites par l'intonation de la voix, l'observation de l'attitude ou du visage de l'interlocuteur, un commentaire entre soignants... Elles peuvent être indirectes, par le comportement de l'entourage, ses préoccupations subites ou l'évitement pour aborder certains sujets.

*c.2 Informations directes :*

De ce que le malade ressent, perçoit lui-même de sa maladie : symptomatologie, amélioration ou non, multiplication des investigations, transfert dans un autre service,...

*c.3 Informations écrites "involontaires" :*

Comme la rédaction d'une demande d'examen complémentaire pour "suspicion de..." ou un compte rendu d'examen glissé dans la pochette de documents scannographiques par exemple.

Là encore ces informations sont sujettes à un risque important d'interprétation et/ou de déformation. Il est nécessaire lors de la délivrance d'informations à un malade de prendre en compte les réactions affectives qui peuvent interférer dans la compréhension et l'interprétation de celles-ci (sidération psychique, déni, révolte, dépression, marchandage...) constituant ainsi un filtre; il faudra alors parfois répéter ou reformuler ces informations même si l'on pensait avoir été compris au moment de l'entretien.

**d. Les critères de qualités d'une information optimale : [8]**

*L'information devra être adaptée :*

❖ Au malade en étant attentif à utiliser un langage compréhensible et en essayant d'identifier son niveau d'éducation, de vocabulaire, ses connaissances, son insertion sociale et familiale.

❖ A la maladie et aux représentations que peut en avoir le malade marqué par son expérience personnelle ou celle de son entourage. Par ailleurs, une même maladie ne nécessitera pas les mêmes informations selon le moment où l'on se situe dans son évolution : la survenue du premier symptôme, l'annonce du diagnostic, la récurrence éventuelle, l'abandon de la phase terminale. Cette évolution va modifier la façon de délivrer les informations pour le médecin et de les recevoir pour le malade, avec notamment des mécanismes d'adaptation à la situation, selon le moment car le temps est un paramètre à prendre en compte dans la gestion des informations. En effet, le risque est celui de l'accumulation d'une masse importante d'informations qui délivrées en une seule fois ne seraient pas toutes comprises, intégrées, acceptées. Il est certainement préférable de dispenser l'information au fur et à mesure qu'elle est disponible ou pertinente pour le malade, le médecin étant attentif aux circonstances et à la réceptivité du malade. La fragmentation des informations permet de réguler des à-coups (délivrance massive d'informations qui serait suivie de grands "vides" inévitablement anxiogènes et source d'extrapolations ou d'interprétations erronées). Il est nécessaire de savoir répéter les informations, le malade pouvant ne pas tout comprendre ou retenir du premier coup.

L'intervention de plusieurs informateurs permet une cohérence; elle facilite la confiance et l'adhésion dans la démarche de soins.

➤ **L'informateur** : La prise en charge d'un malade par une équipe permet l'intervention d'une multiplicité de personnes. Celle-ci ne devrait pas être source de confusion mais plutôt une richesse, permettant de faire jouer la variété des âges, personnalités, sexe...

➤ **L'expression physique** : notamment par le regard. Cette forme d'expression revêt une grande importance même si elle s'exerce régulièrement à l'insu des soignants qui n'évaluent pas toujours bien les messages délivrés par leur visage. Une cohérence entre ce qui est dit et cette expression physique permet une meilleure crédibilité et facilite une relation de confiance.

➤ **Le dossier médical** : Il contient une grande somme d'informations médicales et personnelles, et peut circuler entre différents intervenants. Son contenu est confidentiel, le patient n'y avait pas directement accès.

➤ Il peut arriver que le patient n'ayant pas obtenu les informations qu'il souhaitait auprès de l'équipe soignante consulte son dossier médical à l'insu de celle-ci (lors d'un examen complémentaire ou d'un transport par exemple) : le risque est celui de la révélation d'une information "brute", sans interprétation ou modulation de la part du médecin, sans parfois de possibilité de dialogue avec le malade, celui-ci étant enfermé dans le "secret" de la violation du dossier.

## **E. Les systèmes de diffusion de l'information médicale**

Il faut distinguer l'information générale sur une pathologie et diffusée oralement ou par écrit, et l'information particulière survenant dans le cadre d'une relation interindividuelle entre un médecin et un malade. L'information du malade par le médecin peut être, là encore, orale ou écrite. [9]

### **1. L'information orale :**

Elle garde un rôle prépondérant. Sa pratique nécessite toutefois certaines précautions :

- ✧ Parler clairement, de façon bien audible (patients âgés malentendants), par phrases courtes et en articulant correctement
- ✧ Utiliser un langage adapté, compréhensible (pas de jargon)
- ✧ Ne pas hésiter à répéter ce qui a été dit (reformulation)
- ✧ S'assurer que le malade a compris.

Quand l'information est orale, le médecin est un "émetteur" qui va transmettre l'information directement au malade qu'il a devant lui. Celui-ci est seul ou avec ses proches : il y a donc un ou plusieurs "récepteurs". Ce ou ces récepteurs reçoivent l'information, l'écoutent, l'intègrent et l'interprètent. Ce qui a été dit par l'émetteur n'est pas forcément entendu comme l'émetteur voudrait que cela soit entendu. De plus, quand il y a plusieurs récepteurs, l'information donnée par l'émetteur fait l'objet d'échanges d'interprétations qui peuvent modifier complètement le sens de ce que l'émetteur a voulu donner. L'information orale par téléphone comporte encore plus de biais : en

effet, le médecin ne voit pas l'interlocuteur et ne connaît pas son identité réelle. Ceci pose principalement le problème de la confidentialité. Par ailleurs on ne peut pas évaluer de visu les réactions de la personne, ni même intervenir de la même façon que si l'on était en présence du récepteur (malade, famille). Ceci est particulièrement vrai dans l'annonce d'une "mauvaise nouvelle", aggravation d'un état clinique voire décès.

## **2. L'information écrite :**

Elle s'adresse directement au malade ou à son entourage est "fixée". Elle peut être relue, photocopiée, diffusée. Elle aide à la mémorisation. Elle doit également être utilisée avec certaines précautions :

- ✧ Etre lisible facilement (ordonnances, conseils,...) surtout si elle est manuscrite.
- ✧ Dans un style simple, un langage adapté et compréhensible (un langage médical qui n'ait pas besoin d'être décrypté) en évitant les mots ambigus ou trop techniques
- ✧ Etre la plus complète possible et non équivoque (notamment les ordonnances)

Il s'agit d'un support à partir duquel une discussion peut être envisagée entre le médecin et le malade ou ses proches.

Dans le cadre de l'information écrite au malade, les informations diffusées par e-mail électronique ou par fax peuvent poser un problème de confidentialité.

En ce qui concerne les informations générales et non les informations particulières dans le cadre de la relation médecin-malade, le développement d'Internet.

### **3. L'information sur internet :**

Internet est une source inépuisable d'informations. En santé aussi. Mais difficile de s'y retrouver, de distinguer entre le bon grain et l'ivraie. Il existe des repères, votre mutuelle vous informe... La recherche de la bonne information a toujours été une pratique courante dans le domaine de la santé. En quelques années, nous sommes passés du choix entre bouche-à-oreille et magazines à internet. Mais avec une difficulté croissante : comment faire la distinction entre le bon grain et l'ivraie ? Car avec la puissance du réseau internet, les dangers d'une mauvaise information sont décuplés, voire plus. De la simple erreur, au propos de charlatan, les conséquences peuvent être lourdes. [10]

Il faut savoir que information médicale sur internet n'est pas une consultation médicale, Le second principe, tout aussi essentiel, est la complémentarité de l'information. Il ne s'agit en effet pas de se substituer à une source médicale. En outre : « L'information diffusée sur le site web doit

être destinée à encourager, et non à remplacer, les relations directes entre patient et les professionnels de santé ». Dans cet esprit, la politique éditoriale doit être explicitée. En conséquence, sont exclus de la certification, les sites proposant des "consultations en ligne" dans lesquelles un diagnostic peut-être proposé. A l'inverse, les sites proposant uniquement de l'information et dépourvus de proposition de diagnostic sont éligibles à cette certification.

La confidentialité des informations transmises par les internautes doit être précisée. Cela va de l'usage des informations recueillies par voie de formulaire (notamment les données nominatives et les emails), l'utilisation de cookies, petits fichiers déposés sur les ordinateurs des internautes, notamment pour permettre l'enregistrement de données de navigation, ou la conservation des statistiques de navigation.

Comme évoqué précédemment, la source des informations, lorsqu'elle a un caractère scientifique, doit être présentée de façon précise afin que l'internaute puisse s'y référer. Autre principe : l'information médicale doit être fournie de façon objective et équilibré. Cela est d'autant plus important lorsqu'elle porte sur l'analyse d'une méthode ou d'un produit de santé.

Les échanges entre l'internaute et l'équipe animant le site doivent également être proposés, de façon claire et facile d'emploi, permettant à l'internaute de demander des compléments d'information ou une aide dans la compréhension d'un article. [11]

Enfin, un volet important concerne le financement du site : Afin d'éliminer toute question de conflits d'intérêt, le site doit inclure une déclaration relative à ses sources de financement et si la publicité est une source de revenus du site, cela sera clairement indiqué.

En ce qui concerne les informations générales et non les informations particulières dans le cadre de la relation médecin-malade, le développement d'Internet permet maintenant au malade d'aller chercher lui-même de façon active des informations au lieu de les recevoir passivement par son médecin. Néanmoins ces informations ne sont pas adaptées au plus proche de son cas personnel et devraient au mieux faire l'objet d'explications et de développements par son médecin. Il s'agit néanmoins d'un bon support de discussion. [12]

## **F. Repères juridiques sur les droits de la personne humaine.**

Le développement exponentiel de la science médicale et des médias suscite en permanence par le biais de l'information des malades, un questionnement éthique. Dans ce questionnement éthique interviennent de multiples composantes :

- ✧ Lois et règlements en vigueur dans le pays où l'on pratique
- ✧ Connaissances scientifiques constamment mises à jour
- ✧ Compréhension des comportements humains confrontés aux problèmes de santé et à leurs possibilités thérapeutiques, c'est-à-dire l'impact des mauvaises nouvelles sur le malade et son entourage (révélation d'un cancer et ses conséquences professionnelles, révélation d'une maladie héréditaire, psychiatrique, d'un sida.....)

Cette nouvelle science, l'éthique biomédicale était il y a une cinquantaine d'années réduite à quelques règles. Aujourd'hui un volumineux corpus de connaissances a donné lieu à un foisonnement de textes venus de différentes instances: politiques, nationales et internationales, professionnelles, philosophiques et religieuses. Les textes de référence concernant l'information des malades ne sont pas exhaustifs. Ils visent à servir d'outil de travail de base dans la pratique médicale quotidienne de chacun face à un malade qu'on informe. [13]

Les textes de référence sont classés selon 4 repères :

- ✧ **Repères déontologiques.**
- ✧ **Chartes recommandations.**
- ✧ **Repères moraux : philosophiques et religieux.**

## **1. Repères juridiques : les droits de la personne humaine concernant l'information médicale**

### *a. Déclaration universelle des droits de l'homme.*

**Article 1.** Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. De plus, il ne sera fait aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté.[14]

*b. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales*

**Article 5.** Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté.

**Article 9.** Toute personne a droit à la liberté de pensée et de conscience.

**Article 10.** Toute personne a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté d'opinion et la liberté de recevoir ou de communiquer des informations ou des idées. [15]

*c. Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine*

**Article 10** (vie privée et droit à l'information) :

Toute personne a droit au respect de sa vie privée s'agissant d'informations relatives à sa santé. Toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé. Cependant, la volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée.

A titre exceptionnel, la loi peut prévoir, dans l'intérêt du patient, des restrictions à l'exercice des droits mentionnés au paragraphe 2. [16]

*d. Code de déontologie médicale Maroc (juin 1953)*

Les dispositions du présent article s'insèrent dans le cadre du code international d'éthique médicale et dans l'esprit du serment de Genève dont il est la paraphrase.

**Article 4.** Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou qu'il aura pu connaître en raison de la confiance qui lui a été accordée.

**Article 5.** Les principes ci-après énoncés, qui sont ceux de la médecine traditionnelle, s'imposent à tout médecin. Ces principes sont : Le libre choix du médecin ;

- ✧ La liberté des prescriptions du médecin ;
- ✧ L'entente directe entre le malade et le médecin en matière d'honoraires;
- ✧ Le paiement direct des honoraires par le malade au médecin. [17]

## **2. Commentaires**

Au plan juridique international, aucune disposition de droit n'impose que le patient soit informé par le médecin du type de maladie dont il souffre, à l'exception du cas où le traitement proposé comporte des conséquences graves et/ou définitives pour ses droits fondamentaux et qu'il aurait à choisir entre la sauvegarde de l'un ou l'autre de ses droits. [18]

## **3. Vocabulaire**

### *a. Droit :*

Vient du latin "directus" et signifie en ligne droite, ni courbe, ni tordu. Dans le courant, en droit et en philosophie, "Le droit" désigne un ensemble de normes qui règlent la vie sociale et sont exprimées dans les lois coutumières ou écrites.

Sens dérivés : droit civil (naturel ou positif), droit pénal, droit public. [19]

*b. Droit naturel et droit positif :*

Le droit naturel est ce qui est inscrit dans l'ordre de la nature elle-même ou résulte de la nature de l'homme. Le droit positif s'oppose au droit naturel et désigne tout édifice juridique comprenant les lois et les institutions de la justice qui ont été établies dans une société particulière selon les procédures législatives des pratiques judiciaires. [20]

#### **4. Réflexions**

Les droits du malade : la relation entre le patient et son médecin demeure une relation contractuelle au moins en contrat civil et particulier comportant des obligations réciproques pour les parties. Ce contrat est onéreux. A l'hôpital public, il en est différemment, puisqu'il s'agit d'un contrat tacite entre le libre choix d'un patient et celui d'un département, d'une équipe (radiologues, chirurgiens, anesthésistes...).

Pour le malade, la principale nature de son droit fondamental demeure sa liberté contractuelle totalement libre de s'adresser au médecin ou à la structure de son choix (Article 6 du Code de déontologie médicale). De plus, le patient doit avoir la capacité pour conclure le contrat. Si le patient est incapable de le faire, la famille peut consentir au contrat à sa place. La finalité de cette relation contractuelle est le consentement libre et éclairé à un acte diagnostique ou de soins. [21]

*a. Le fondement moral de ce "droit à la vérité" des patients :*

*Trois arguments fondent ce "droit" : [22]*

➤ *Premier argument :*

C'est notre croyance fondamentale en la valeur de la vérité. Dans les sociétés humaines il est attribué une très haute valeur à la vérité des relations humaines au même titre qu'à la valeur fondamentale de l'autonomie de la personne et de notre propriété personnelle et individuelle de notre corps. Ces croyances fondamentales et universelles sont à l'origine de l'idée selon laquelle la vérité sur notre état de santé est profondément liée à notre état de bien-être.

➤ *Second argument :*

Il dérive du précédent et trouve sa justification dans le fait que la relation médecin-malade et la relation d'accompagnement dépendent intimement de l'authenticité et de la "vérité" de cette relation (voir ci-dessous).

➤ *Troisième argument :*

Il repose sur le besoin d'un patient d'être informé pour pouvoir participer aux choix thérapeutiques le concernant.

*b. Les difficultés morales rencontrées dans le "droit à la vérité" des patients :*

Elles sont de trois ordres : [23]

➤ *a. Premier point :*

L'absence de certitude qui entoure les données scientifiques médicales.

De ce fait, le malade et le médecin sont amenés à prendre des décisions concernant un traitement à partir de données incertaines et limitées sur le plan épistémologique.

➤ *b. Second point :*

Il concerne les modalités avec lesquelles sont exprimés et décrits au malade les bénéfices et risques respectifs d'un traitement. De nombreux biais de présentation sont possibles qui ont des conséquences sur la décision du malade.

➤ *c. Troisième point :*

Il consiste dans le degré de participation du malade aux décisions le concernant : tous les malades ne souhaitent pas participer aux décisions le concernant et certains délèguent cette responsabilité au médecin avec l'argument qu'ils sont "incompétents" pour décider eux-mêmes.

## G. Repères déontologiques sur l'information

### a. Les devoirs du médecin concernant l'information des malades.

Code de déontologie médicale (juin 1953) [17]

**Article 30.** Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider dans toute la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision. En cas de refus, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 24.

**Article 31.** 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.

**Article 50.** Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou propres intérêts sont en jeu, sauf accord des parties.

## **2. Commentaires**

Le droit à la vérité réfère à l'information donnée au patient sur son diagnostic, son traitement et l'évolution de sa maladie. Elle est exigible par le patient du médecin et du personnel soignant : il en va de la dignité du malade.

Autrefois, l'attitude du médecin à l'égard du patient (attitude paternaliste) consistait en l'observation d'une grande discrétion, d'un manque de transparence et d'un mensonge par humanité.

Aujourd'hui l'information du malade est de plus en plus fondée sur le consentement éclairé du patient aux examens et aux traitements.

L'idée de protéger le malade d'un découragement, d'une dépression et même d'idées suicidaires, sous-tendait cette phase de "mensonge humaniste". La gravité de la situation était dévoilée à la famille, alors que le malade lui-même était non seulement laissé dans l'ignorance, mais bien souvent "réassuré" sur son état. En conséquence, il ressentait une incohérence entre ce qu'il vivait et ce qu'on lui révélait, ce qui entraînait un bris de communication avec le médecin et les proches et conduisait à son isolement dans une phase cruciale et vulnérable de sa vie. [24]

Depuis les travaux d'E. KÜBLER-ROSS [25], nous savons que les patients connaissent le plus souvent la gravité de leur état et ne sont nullement dupes du mensonge proféré par humanité. D'autres études démontrent que les patients en possession des renseignements pertinents sur leur état participent activement à leur traitement en connaissance de cause, ce qui favorise un climat sain et propice à la réalisation des projets tant au niveau personnel, familial que social, alors même que l'issue est inéluctable.

Le sentiment d'échec devant la maladie chronique, la maladie terminale et la mort, ainsi que le phénomène d'institutionnalisation de la mort qui prévaut dans notre société sont d'autres facteurs qui militent en faveur d'une politique du silence. Une telle politique contrevient non seulement au respect de l'autonomie de l'individu et porte atteinte à sa dignité, mais elle peut limiter la qualité de l'acte médical en empêchant la communication de réactions et de sentiments qui influent sur le cours de la maladie. Tant pour le malade, l'équipe soignante, ainsi que pour la famille ou les proches, il convient de travailler dans une ambiance de vérité. [24]

Le droit à la vérité n'est peut-être pas, au plan éthique, un droit absolu, sans restriction, parce que ses effets ne sont pas toujours prévisibles et ils peuvent ne pas être toujours positifs.

Dans certains cas, il est même nécessaire de taire la vérité en faveur de la réussite de la thérapie (ex : utilisation des placebos...). Dans certains cas extrêmes, non seulement il faut entourer de silence le traitement, mais un mensonge ou une demi-vérité pourrait s'avérer utile. Naturellement, au plan de l'éthique déontologique (KANT) mentir par humanité ne peut jamais être érigé en principe moral. [26]

## **H. Accès au dossier médical**

Le dossier médical est la mémoire intégrale, écrite et constamment mise à jour, dans laquelle sont consignées toutes les informations nécessaires à la prise en charge et à la surveillance d'un patient [27]. Le dossier du malade ne se résume pas seulement à l'observation écrite du médecin (le dossier médical proprement dit) ou aux notes de l'infirmière (le dossier infirmier). Il englobe tout ce qui peut être mémorisé chez un malade : les données administratives, cliniques, para-cliniques, diagnostiques, thérapeutiques, préventives, pronostiques ainsi que l'intervention de tous les acteurs de soins. Ainsi le dossier du patient comporte trois éléments essentiels qui se complètent :

### **1. Le dossier médicale**

#### *a. Le dossier administratif*

Pour tout patient pris en charge dans un établissement de soins, l'administration hospitalière doit constituer un dossier administratif qui doit comporter tous les éléments permettant d'identifier le patient, sa position administrative, sa couverture sociale, sa date d'entrée dans l'établissement et sa date de sortie [28].

#### *b. Le dossier médical professionnel*

Défini par FH Roger-France en 1981 comme : «...une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelles et collectives, constamment mise à jour.» [29]. Tout médecin hospitalier est concerné par la tenue de ce dossier, il doit y consigner toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion [29].

*c. Le dossier de soins infirmiers*

Il se définit comme «un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière» [29].

## **2. Historique**

Longtemps, le dossier médical a été la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui, craignant la trahison de sa mémoire, conservait les notes personnelles qui lui permettaient de ne rien oublier de l'histoire de son patient [30]. Les premiers dossiers des patients ont été écrits sur les colonnes des temples dans l'Égypte, la Grèce et la Rome antiques. Ainsi le papyrus découvert par Smith près de THEBES daté de 1700 avant Jésus Christ contenait la description structurée de 48 cas cliniques dont la qualité de description était à l'origine de la célébrité d'Hippocrate [31]. Au 9ème siècle, époque à laquelle des médecins musulmans, tels que Rhazès (865-925), Avicenne (930-1037) ou Avenzoar (1073-1162), créent la médecine clinique. L'historique des cas intéressants est ainsi rédigé et conservé dans des registres tels que les « Observations de l'hôpital », auxquelles Rhazès fait allusion dans son « Continens » La notion de dossier médical rattaché à chaque patient n'apparaît qu'à la fin du 18ème siècle, comme un registre du patient dans les hôtels-dieu, mais dont le contenu reste succinct [32].

C'est au 19<sup>ème</sup> siècle, lors de la création des hôpitaux modernes, que le dossier médical apparaît : il inclut des données médicales, sociales et administratives. Certains hôpitaux, comme la Mayo Clinic aux Etats-Unis, ont accordé une grande importance au dossier du patient pour la recherche médicale.

Dès 1931 aux USA, un « medical record », enregistrement de qualité des données médicales dans les hôpitaux était considéré comme une exigence éthique [32].

Les années 1945-1970 vont connaître des tournants majeurs en ce qui concerne les droits des patients, et l'évolution des pratiques médicales avec une prise de conscience profonde de réintégrer la personne dans la relation médecin-malade, c'est-à-dire, d'un point de vue éthique et juridique, intégrer l'information et le consentement dans la pratique médicale de recherche et de soins. [33]

Aujourd'hui, le dossier médical apparaît comme un outil à facettes multiples, défini plus par son utilisation que par ses propriétés intrinsèques. [30] L'émergence des nouvelles technologies d'information et de communication dans le domaine de la santé ouvrant grandes les portes à l'informatisation des systèmes d'information hospitaliers et à la naissance du dossier médical électronique.

### **3. Législations et recommandations**

#### *a. Au Maroc*

Le droit à l'information est un principe universel reconnu par toutes les réglementations à travers le monde. De plus, la communication des éléments du dossier médical est un élément principal assurant la continuité de soins, rôle principal du dossier du patient. Cependant, l'accès et la communication de l'information médicale sont soumis à différentes règles légales et déontologiques visant toutes à protéger le secret professionnel. Celui-ci couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. Il s'impose à toute personne ayant accès à l'information médicale qu'il intervienne directement ou non dans le soin [29]. Le code de déontologie marocain fait du secret médical une obligation dans l'article 4. Il précise également pour ces personnes les circonstances qui peuvent les amener à révéler des informations médicales dans les articles 31 et 56. Le code pénal prévoit des sanctions d'emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 200 à 1.000 Dirhams pour toute personne a révélé ces secrets hors du cas ou la loi l'oblige ou l'autorise à se porter dénonciateur [33] [34]. Outre le patient et le médecin traitant, l'accès au dossier du patient est garanti pour tous les professionnels de santé, dans l'établissement de santé, qui interviennent aux soins vu que l'accord du patient est présumé dès son admission dans l'établissement. Il est permis aussi au représentant légal du patient et au ayants droit après sa mort, ainsi que pour les médecins contrôleurs comme indique l'article 28 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base et l'article 33 du décret 2-05-733 pris pour son application [35], de même pour les représentants des autorités judiciaires en cas de poursuite de ce genre [36 ; 37].

*b. EN France :*

Ce droit s'est progressivement construit à travers des législations successives. Les sources de droit permettant l'accès au dossier médical sont donc multiples et convergentes. Le malade ayant été hospitalisé ou reçu en consultation externe dans un établissement d'hospitalisation public peut se faire communiquer son dossier médical par l'intermédiaire d'un docteur en médecine qu'il désigne (loi du 17 juillet 1978). Si la personne est mineure ou incapable, ce droit d'accès aux documents médicaux administratifs peut être exercé par le représentant légal (parents, tuteurs); si elle est décédée, il peut l'être par les ayants droit (conjoint survivant, héritiers).

Ces dispositions ont été étendues à toutes les personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et son décret d'application du 30 mars 1992 actuellement toujours en cours en attendant le vote du Parlement au sujet de "l'accès direct au dossier médical" [38]

## **II-L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT AUX SOINS**

### **A. Information et consentement**

Le concept du consentement éclairé fait partie du critère de validité du contrat de soins. Pourtant, en dépit de son caractère quasi universel, le consentement continue de faire l'objet de débats et de controverses au sein du corps médical. [39]

Le consentement constitue la relation juridique entre un patient et un praticien qui accepte de le prendre en charge. [40] Par essence même, il apparaît difficile de consentir sans être au préalable informé.

On pourrait alors concevoir cet état de fait soit une situation précontractuelle tout en sachant que la période précontractuelle se caractérise aujourd'hui par un droit flou, imprévisible: l'insécurité y règne. [41]

Donner une place au consentement, c'est reconnaître la liberté des patients et adhérer au principe d'autonomie, le consentement apparaît alors comme le contre-pouvoir au paternalisme médical qui a longtemps maintenu le patient dans un rapport dominé/dominant et la fin de l'impérialisme médical. Le consentement, fondé sur l'autonomie du patient, crée un nouvel équilibre dans la relation équipe médicale-patient. [42]

L'information des malades, qu'il s'agisse de recherche ou de soins, est la condition nécessaire d'un consentement de qualité. Après avoir été informé, le malade peut accepter ou refuser la procédure qui lui est proposée. Dans le cadre de l'exercice libéral de l'odontologie, le contrat de soins présente une spécificité inhérente aux honoraires ; [43] [44]. Cette information est accompagnée de la remise d'un devis détaillé.

## **B. Notion de consentement**

La parole accompagne nécessairement l'acte médical, dont elle constitue un élément essentiel. Mais en quoi consiste-t-elle ?

À l'égard du malade, elle est soumise à l'obligation de sincérité. À l'égard des tiers, elle est soumise aux limites imposées par le secret. [45] [46] [47] Le *consentement* [48] *informé* est une notion qui conduit à analyser le rôle des droits et à étudier des questions fondamentales liées à la philosophie de la liberté négative et positive ; elle permet aussi de s'intéresser aux complexités de la loi.

Ces problèmes peuvent être examinés dans le contexte de la pratique médicale, où la complexité de leurs relations réciproques se présente avec acuité.

### **1. L'ambiguïté du consentement :**

À vrai dire, le *consentement éclairé* n'existe pas, car le dialogue humain est soumis à la structure du malentendu. Malentendu du patient qui prête au médecin plus qu'il n'en sait. Malentendu de l'homme de l'art, dont le savoir spécialisé ne rejoint pas l'expérience émotionnelle du malade. [49]

Depuis l'émergence d'Internet, [50] le patient peut aller chercher l'*information* à l'autre bout du monde. Les patients peuvent y trouver des informations précises. Cependant comment gérer l'abondance d'informations que le patient peut y trouver ? La solution n'est pas dans la multiplicité des informations, mais dans une information de qualité, validée de façon explicite. [51]

Le consentement éclairé et éthique semblent relever du pléonasme et au-delà des évolutions jurisprudentielles et, bientôt, législatives, la *relation patient-praticien* doit d'abord rester enracinée dans un rapport de confiance, en prenant pleinement acte de l'évolution entre soins donnés et soins voulus. [52]

Si, en accordant son consentement, on renonce à une partie de sa liberté, il est évident que ce consentement ne doit pas avoir été lui-même obtenu sous la menace. Le médecin est, depuis toujours, au service de son patient et le partage du pouvoir est, dans ce contexte, une évidence. [53]

D'une relation médecin-malade de type paternaliste dans les années 1950, on est parvenu progressivement, au début de ce nouveau millénaire, à une autonomisation nettement accrue des patients face au corps médical, notamment grâce à cet impératif d'information. [54]

Le paternalisme considère que l'on sait mieux que l'autre ce qui est bon pour lui et que cela autorise à décider pour lui et à lui imposer sa décision. Affirmer le droit à l'autodétermination, c'est respecter le patient en tant que personne dans son identité morale et restituer à l'acte médical sa juste place qui est le service du patient. Toutefois, affirmer le droit à l'autodétermination n'exclut pas que l'on reconnaisse que l'exercice de l'autodétermination a des limites.

## **2. consentement entre paternalisme et autonomisme**

On doit considérer qu'en pratique, personne n'est entièrement autonome ni entièrement dépendant.

Il y a donc toujours à conjuguer un certain degré d'autonomie, que l'on doit toujours chercher à accroître et non à réduire, et un certain degré de protection.

Le principal désaccord, qui oppose les adeptes d'un consentement et les partisans de l'attitude médicale traditionnelle relative à la communication de renseignements, porte donc plutôt sur l'étendue des informations à communiquer que sur la question de savoir si le médecin doit ou non fournir des informations.

Plus précisément, les défenseurs du consentement informé soutiennent que pour accorder un consentement « réel », le patient doit être informé non seulement de la « nature générale » et de l'« objectif » du traitement, mais également des *risques* et des effets secondaires qu'il peut comporter, ainsi que des autres traitements possibles.

Toutefois, cette caractérisation du désaccord entre les défenseurs du consentement informé et ses adversaires ne doit pas conduire à supposer que les traditionalistes laisseraient leurs patients dans l'ignorance totale des risques encourus. En fait, les partisans de l'attitude traditionnelle justifient la divulgation des informations en se référant au devoir de soigner plutôt qu'au droit du patient à l'autodétermination. Par conséquent, de leur point de vue, la non-divulgation des risques éventuels ne fausse pas le consentement du patient.

Afin d'éviter ces aspects paternalistes qui entachent la position traditionaliste, les partisans du consentement informé essaient d'établir une norme de divulgation des informations qui soit indépendante de la pratique médicale habituelle.

Néanmoins, cette norme varie selon qu'ils sont des anti-paternalistes de tendance modérée ou extrémiste. Pour les modérés, un médecin doit révéler à son patient tout ce que celui-ci, en tant que personne prudente, voudrait savoir au moment de décider de subir ou non l'intervention proposée, et non simplement les informations habituellement fournies par les médecins. De cette manière, la première difficulté que soulève la conception paternaliste est résolue.

Cependant, les modérés continuent de revendiquer le devoir de soigner comme une justification partielle du fait de révéler les risques. Les tenants du courant modéré n'essaient donc pas réellement de résoudre la seconde difficulté relative à la conception paternaliste : le fait d'invoquer le privilège thérapeutique.

- ✧ Les anti-paternalistes extrémistes, en revanche, s'opposent à cette reconnaissance du privilège thérapeutique.
- ✧ Les anti-paternalistes extrémistes soutiennent que seule l'adoption d'une « norme subjective » de divulgation de l'information peut autoriser le médecin à placer son patient dans la position qu'il juge être la meilleure, sans contestation possible, pour prendre des décisions appropriées à sa situation personnelle.

Il existe encore une solution dont peuvent se servir les partisans modérés du consentement informé. On peut souligner, comme le propose Brock, 18[55] que l'information du consentement vise, en tout cas, deux buts : promouvoir le bien-être du patient, et respecter son droit à l'auto-détermination. On soutient alors que ces deux buts sont reliés au fait que le bien-être consiste, pour l'individu, à réaliser ses propres valeurs et ses préférences (Botros).

### **3. Échange des consentements**

« Échange des consentements » et « rencontre des volontés » sont-elles des locutions fongibles ? Y'a-t-il vraiment unicité d'un phénomène ainsi plus ou moins adroitement qualifié ?

Quand on ne les confond pas, on considère assez aisément que l'expression d'échange des consentements est impropre et qu'il conviendrait de préférer celle de rencontre des volontés pour désigner ce qui fait le contrat. Le consentement ne se réduit pas à la volonté. C'est sans doute pour cela que les textes de droit n'ont pas admis a priori l'engagement unilatéral, cet acte de volonté sans consentement, [56] cet acte du vouloir créateur pur. [57]

Ainsi par mon consentement, je m'abaisse et l'on se souviendra que la tradition asiatique analyse le contrat comme un déshonneur. Je m'abaisse, mais c'est à condition que je tienne l'autre pareillement. Je ne donne mon consentement que si je me saisis du consentement de l'autre. Le consentement n'est supportable que par l'échange. Il faut concevoir non pas tant l'échange des consentements que le consentement parce qu'il existe l'échange. Cependant, le consentement est toujours un objet né de la volonté : il y a un lien de génération entre la volonté et le consentement, le consentement est fils de la volonté et le lien ne doit être brisé, faute de quoi un vice du consentement est constitué. Le contrat résulte alors de cette dialectique entre le subjectif de la volonté et l'objectif du consentement.

Le consentement est un objet que l'on donne et qui circule tandis que l'on conserve toujours et par principe sa volonté, ne serait-ce que pour qu'elle produise d'autres consentements. [58]

#### **4. Les conséquences du consentement :**

Toutefois, consentement entraîne conséquence. Depuis plus d'un quart de siècle au centre du débat éthique et méta-éthique, le conséquentialisme est la théorie qui pose que, pour déterminer si un agent a eu raison d'opérer tel choix particulier, il convient d'examiner les conséquences de cette décision, ses effets sur le monde. Cette théorie adapte une orientation téléologique (du grec *telos* signifiant fin ou but). C'est le contraire d'une perspective déontologique [59] (du grec *deon* obligation ou devoir). Tandis que le conséquentialisme évalue un choix en examinant ses conséquences, une méthode déontologique évaluerait généralement ce choix en déterminant dans quelle mesure il satisfait aux obligations qui incombent à l'agent .Le conséquentialisme est-il simplement une théorie destinée à déterminer quel est le juste choix pour un agent ou est-ce aussi une théorie permettant à la personne placée devant une décision de parvenir à une conclusion ? Le fait de prendre une décision en se référant à l'option qui produit les meilleures conséquences constitue peut-être une manière de décider qui ne produit pas elle-même les meilleures conséquences (Petit).

L'expression « protection du patient » sous-tend un postulat : la présence d'un pouvoir dominant, que le droit veut limiter en créant des règles protectrices en faveur de ceux qui subissent ce pouvoir.

Utiliser les termes « protection du patient » implique la reconnaissance du pouvoir médical dans le cadre duquel les professionnels de santé prennent la panoplie du fort et les patients celle du faible. La protection du patient constitue un frein au pouvoir médical ; ce frein se matérialise par des obligations auxquelles les médecins sont assujettis.

Le raisonnement change : il ne s'agit plus d'insister sur les obligations du médecin, mais de se positionner du point de vue du malade en consacrant les droits des patients. On entre dans une ère de conflit de pouvoirs ; au pouvoir médical répond un contre-pouvoir, le droit des patients. La relation de confiance s'efface ; une relation de méfiance-défiance s'installe. Les droits des patients sont, à l'heure actuelle, au moins de deux ordres : le droit de participer à la décision médicale et le droit à l'intégrité physique. [60] Il ne s'agit pas de partager le pouvoir du médecin avec les patients, mais d'engager un nouveau mode de relation.

Tout le monde l'affirme comme une évidence : l'intervention du patient dans notre système de santé va considérablement s'accroître dans les prochaines années. L'explosion des nouvelles technologies de l'information, l'évolution récente du droit, la multiplication des associations d'usagers de santé sont autant de facteurs qui concourent à renforcer le rôle du patient, désormais soucieux d'être traité comme partenaire et même acteur de la relation de soins.

➤ Les médecins n'ont pas perçu les évolutions des mentalités dans la société. L'homme n'est plus consentant par définition, il est consentant à condition qu'on lui explique. Il est partie prenante. C'est son corps. C'est de lui dont il s'agit. [61]

➤ Les médecins doivent respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, les médecins doivent tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. » L'information concerne l'état de santé du patient et les soins, qu'il s'agisse d'actes isolés ou s'inscrivant dans la durée. [62] Elle doit être actualisée au fil du temps. Elle porte [63] tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques :

L'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec et sans traitement ; l'information sur le diagnostic qui doit être faite lorsqu'elle permet au patient de prendre conscience de son mal et de décider ensuite de la nécessité du traitement. Il doit notamment transmettre les résultats des examens cliniques.

Dans le cas particulier de la révélation de la séropositivité, la cour de Paris a également condamné, pour manquement à son devoir d'humanisme, le médecin qui n'avait pris aucune disposition pour rencontrer le malade et l'aviser de l'opportunité de l'informer et s'était borné à envoyer une lettre explicative à un confrère.

- ✧ La description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés et de leurs alternatives : leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés leurs conséquences et leurs inconvénients ; leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels ;
- ✧ Les précautions générales et particulières recommandées aux patients.

### **5. Point important**

Que l'information soit donnée oralement ou avec l'aide d'un document écrit, elle doit répondre aux mêmes critères de qualité :

- ✧ Etre hiérarchisée et reposer sur des données validées ;
- ✧ Présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale
- ✧ Etre compréhensible. Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il indique la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de son choix.

## **6. Le contenu optimal de l'information à donner au patient :**

La question est importante. Deux manières de comprendre le problème sont possibles. Soit les préoccupations du praticien sont essentiellement défensives, il s'agit alors d'informations ayant pour but d'éviter une responsabilité en cas de contentieux, soit la préoccupation est positive et il s'agit alors d'éclairer le patient pour qu'il puisse choisir en toute connaissance de cause.

### *a. Que doit-on dire ou ne pas dire ?*

L'opinion publique estime à juste titre que le patient a le droit d'être systématiquement informé, d'une part de son état, d'autre part sur les risques auxquels l'exposent les examens, interventions ou traitements qui lui sont proposés. La nature de l'information, [64] qui doit être fournie au patient, a fait l'objet d'appréciations variables qui en ont progressivement renforcé la précision. On connaît finalement presque tout de l'obligation d'information médicale, [65] hormis son contenu.

Le médecin doit prouver qu'il a informé : mais de quelle information particulière, au juste, est-il tenu ? Par décision médicale, on entend tout choix technique fait par un médecin à l'occasion des soins qu'il délivre à une personne. Cela couvre donc un champ considérable : établissement du diagnostic, indication thérapeutique et prescription pharmaceutique, exécution et suivi du traitement. Chacune de ces opérations peut comporter un nombre élevé de décisions, les unes prises à froid, les autres prises en urgence,

certaines de grande portée, d'autres parfois très ponctuelles. Cependant, toutes supposent un choix engageant l'avenir du patient, plus ou moins facile, plus ou moins codifié par la pratique selon les cas, ce choix reste toujours marqué par l'incertitude fondamentale du vivant. La décision médicale obéit à un principe de liberté, laquelle, comme toute liberté, ne peut pas être absolue. Elle est orientée, encadrée par des règles, dont certaines sont juridiques. Elle a pour corollaire une responsabilité. [66] L'information est la condition de la liberté et donc de la validité du consentement. Le praticien doit, en conséquence, assortir sa proposition de traitement de toutes les informations qui seront utiles au malade pour prendre sa décision. C'est à lui de fournir au patient les raisons d'accepter ; la finalité de l'information étant de permettre au patient de donner un consentement ou un refus éclairé aux investigations ou aux soins qui lui sont proposés. [67]

Cependant, il faut bien constater que, si l'information du patient est encadrée, elle n'est pas clairement définie. [68]

*b. Un transfert, du médecin vers le patient, de connaissances, dont le partage permettrait de parler un langage commun :*

Dans ce cas, il est à craindre que le patient ne fasse que mimer le discours médical, utilisant des termes d'apparence technique, qui, de toute évidence, n'auront pas pour lui le même sens que pour son médecin. L'information donnée au patient n'est pas la vulgarisation, sorte de culture médicale, de mieux en mieux portée : elle concerne la pathologie d'une personne définie, à un moment précis de sa vie.

*c. Donner au patient des outils lui permettant d'appréhender sa situation et de la vivre de la manière la plus supportable possible :*

Dans ce cas, on pourrait vraiment parler de compréhension, au sens étymologique du terme : le patient prend avec lui les éléments qu'on lui donne, les confronte à son histoire, à ses appréhensions, et construit de sa maladie une représentation avec laquelle il va pouvoir vivre. Et ces éléments ne sont pas nécessairement des données médicales.

Tout l'art du médecin est de trouver les mots et les images qui parleront au patient. L'évaluation de l'aptitude du patient à recevoir ou non l'information est laissée à la sagacité et à la conscience du praticien. Cela s'explique d'autant plus qu'un état d'anxiété, voire de dépression, liée à la maladie, diminue notablement les aptitudes cognitives d'un patient.

Un patient anxieux a besoin d'explications adaptées à ce qu'il peut percevoir. La nature et les modalités de présentation de l'information ont donc d'autant plus d'importance et doivent être d'autant plus affinées que l'anxiété est grande.

L'impact émotionnel des termes employés augmente avec l'état de fragilité généré par le contexte de la maladie et de la souffrance qui l'accompagne toujours, plus le patient est fragile et semble incompetent, plus il est important de choisir les termes et de répéter l'information à des moments différents.

### **C. Aspect particulier du consentement : Le refus de soins**

Le refus de soins est le corollaire du consentement aux soins. Tout patient, capable (par opposition au majeur protégé) et conscient (capable d'exprimer son consentement), peut accepter ou refuser un traitement, une intervention chirurgicale ou peut s'opposer à la poursuite d'un traitement entrepris.

Face à un refus de soins, le médecin, comme le lui impose sa déontologie, doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Ici, il s'agit rarement du non consentement à un acte de diagnostic ou de traitement, bien que cette situation puisse se rencontrer en gériatrie, avec des personnes âgées ayant conservé leurs facultés cognitives intactes.

On rencontrera plus fréquemment des situations difficiles au cours desquelles des personnes âgées, le plus souvent en institution, refusent les soins habituellement pratiqués par les soignants ; il peut s'agir de refus des soins d'hygiène, ou de refus alimentaire.

Tout se passe comme si la personne souhaitait vivre tranquille, sans être dérangée par des soins dont elle ne saisit pas forcément le sens. Le refus peut être calme, digne, ferme, répété, dans une attitude plutôt démissionnaire ; mais il peut aussi s'exprimer de façon agressive ou violente, dans une attitude d'opposition, surtout si les soignants insistent et ne respectent pas la volonté du patient.

La société marocaine évoque la forte présence de la famille à côté de leur malade. L'entourage familial comme professionnel, peut mettre facilement l'accent sur les incapacités de la personne atteinte du cancer, sur ses éventuelles difficultés psychiques, intellectuelles ou physiques, et en conclure rapidement qu'elle est disqualifiée pour comprendre les enjeux de la situation, donner son avis et prendre une décision.

Pourtant, la place de la parole du patient nous semble importante, quel que soit son état : pour les patients souffrant au début de la maladie, et parfois même à un stade avancé de la maladie, on peut encore informer le patient, s'assurer qu'il comprend qu'un choix lui est offert, recueillir son avis sur son état de confort et s'enquérir de ses souhaits quant aux décisions qui le concernent, que ce soit pour une entrée en institution ou bien quant à sa fin de vie.

S'il est arrivé à un stade où son expression verbale est diminuée et l'empêche de donner son avis ou d'exprimer clairement sa volonté, on sera donc particulièrement attentif à son comportement en essayant de repérer s'il est plutôt coopérant, opposant ou bien démissionnaire. Le refus de soins peut alors être considéré comme un véritable mode d'expression pour le patient dément : cette attitude est donc porteuse de sens, mais nous ne sommes que rarement en mesure de comprendre. Le refus de soins recouvre donc des situations très diverses, que l'on peut tenter de classer par typologies afin de réfléchir en amont aux décisions à prendre dans tel type de situation, mais en sachant bien qu'il convient toujours d'affiner l'analyse de chaque cas particulier pour chaque individu dans sa singularité.

Le refus de soins est loin d'être un échec ou un drame, le refus de soins ouvre le champ d'une interrogation sur le sens du soin, sa valeur, sa représentation, son adéquation aux attentes du patient... bref une interrogation sur tout ce qu'un tel acte met en jeu dans l'ordre de la "personne". Le refus de soins appelle donc à une réflexion sur les pratiques soignantes. [69]

### **III. L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE, LE CANCER**

#### **A. Points essentiels**

*Les étapes de l'annonce d'une maladie grave :*

- **Préparer le patient avant d'avoir le diagnostic :**
  - Evoquer la possibilité de gravité.
  - Savoir comment il veut être informé.
- **Préparer l'annonce dès que le diagnostic est établi :**
  - Déterminer un lieu tranquille et confidentiel.
  - Avoir un projet thérapeutique et explorer les alternatives.
- **Accompagner l'annonce :**
  - Annoncer la nouvelle clairement et simplement.
  - Accepter et gérer les réactions émotionnelles.
  - Assurer de son soutien et de sa disponibilité.

#### **B.L'annonce en pratique médicale**

Dans la pratique médicale, l'annonce d'une maladie grave, et plus largement de mauvaises nouvelles, est un moment difficile et redouté par tous, car complexe et à forte charge émotionnelle, comme le décrit si justement Durin- Valois [70] (encadré 1). Cette annonce est d'autant plus difficile à faire qu'elle survient souvent après une période d'errance diagnostique qui a ébranlé la confiance du patient dans la parole de son médecin. Sa réussite est

pourtant d'autant plus importante qu'elle seule lui permettra de construire un nouvel espace psychique, le rendant capable d'engager la lutte contre la maladie et contre le spectre omniprésent de la souffrance et de la mort. La construction de l'annonce doit donc être adaptée à la structure psychique du patient, en intégrant ses mécanismes de défense et ses repères culturels à son plan de soin.

**Encadré 1 :**

*Extrait du livre de Marc Durin-Valois, Le diable est dans les détails « [...] Personne ne peut comprendre la solitude de celui qui doit annoncer au malade ce genre de nouvelle [...]. Je hais ces instants-là [...]. Il n'y a plus de médecin, il n'y a plus qu'un pauvre type, dépassé par l'ampleur de sa tâche. Que dire ? Quelle partie de moi dois-je contrôler d'abord – yeux, mains, voix – de peur qu'elle ne trahisse le caractère inéluctable de son sort ? Le plus redoutable est l'absence d'échappatoire. Il n'y a aucune situation dans la vie où ne traîne l'espoir, ou l'ombre n tout petit espoir. Sauf celle-là. Ne reste que l'annonce d'une exécution capitale qu'il faut prononcer comme un juge distancié, en laissant au condamné le soin de s'inventer un crime. Sachant que, tôt ou tard, un quidam aussi embarrassé viendra vous annoncer la même chose. Impossible pour autant de reculer, n'est-ce pas ? Il faut y aller, même si les jambes, la langue et les bras disent non. [...] »*

*Source : Durin-Valois M. Le diable est dans les détails. Paris: JC Lattès; 2003. p. 42.*

Décrits en détail par Ruzniewski [71], ces mécanismes psychiques mis en œuvre sont importants à appréhender aussi bien du côté du malade que ce soit le déni, la maîtrise, la révolte, le déplacement du problème, la lutte ou la régression, que du côté du médecin et des soignants que ce soit le mensonge, la banalisation, la fausse réassurance, l'évitement, la fuite en avant ou l'identification. Ainsi, l'annonce est au centre de la relation médecin/ malade où il sera nécessaire de mettre en place un partenariat de confiance fondé d'une part sur la qualité de l'information en respectant un certain nombre d'étapes préalables, et d'autre part sur l'écoute attentive du patient pour reconnaître et gérer au mieux ses réactions face à l'annonce.

C'est ce que nous aborderons à travers les aspects déontologiques, éthiques et psychologiques de l'information médicale destinée au patient.

## **C. Les aspects de l'annonce**

### **1. Aspects déontologiques et éthiques :**

Dans un article récent, Fauré [72] rappelle en détail les différents textes de loi en rapport avec l'annonce de la maladie. Pour résumer, l'information au malade a toujours été indispensable mais aujourd'hui, les patients demandent une information claire et un accès partagé au savoir médical et peuvent accéder à leur dossier (loi Kouchner du 4 mars 2002 [73]) (encadré 2). L'encadrement déontologique et juridique actuel selon l'article 16-3 du code civil impose l'information au malade et le fait que le malade doit donner un consentement éclairé aux procédures de diagnostic et de traitement. La

nécessité d'une information « loyale, claire et appropriée » est rappelée dans l'article 35 du code de déontologie médicale [74] (encadré 3) et dans la "Charte du patient hospitalisé" (1995). Ainsi, dire la maladie au patient relève d'une démarche au cas par cas, ce qui induit une transformation de la mentalité médicale évoluant d'un paternalisme bienveillant à une plus grande autonomie du patient

Lequel devient interlocuteur et acteur de soin. Enfin, il ne faut pas oublier les 6 recommandations émises par le groupe de travail de l'Anaes sur l'information des patients [75] :

- ✧ Fixer un contenu à l'information à donner au patient.
- ✧ Garantir au patient des informations validées.
- ✧ Réfléchir à la manière de préserver les risques ainsi que leur prise en charge.
- ✧ Veiller à la compréhension de l'information par le patient.
- ✧ Veiller à ce que les documents d'information aient une fonction strictement informative.
- ✧ Veiller à ce que l'information soit intégrée comme un élément du système de soins.

## **2. Aspects psychologiques**

Buckman [76] définit la mauvaise nouvelle comme « une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir ». Selon cette définition, c'est le décalage entre les attentes du patient,

ses projets et la réalité médicale qui détermine l'intensité de la réaction. Aussi, il apparaît qu'en médecine, la mauvaise nouvelle pourra concerner des thèmes aussi différents qu'une maladie grave (cancer, hémopathie, sida), une maladie chronique (diabète, dermatose, asthme, polyarthrite, maladies inflammatoires chroniques intestinales, etc.), un handicap (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, séquelles d'accident vasculaire cérébral, etc.) ou le renoncement à des habits (régime dans le cadre d'une hypercholestérolémie ou d'une hypertension artérielle, arrêt de la conduite automobile dans le cadre d'une épilepsie). Précisons qu'ici, nous nous intéresserons plus spécifiquement à l'exemple du cancer.

*Encadré 2*

*Selon la loi Kouchner « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus... » ; elle admet deux séries d'hypothèses dans lesquelles il y a dispense pour le médecin de révéler la maladie : les cas « d'urgence ou d'impossibilité » et le cas où « la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée ».*

*Source : Loi du 4 mars 2002–303 relative aux droits du malade et à la qualité de soins.*

*Encadré 3*

*Selon l'article 35 du code de déontologie médicale « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » ; il est dit également que « dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave... » Source : Décret 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. République Française. Annoncer une maladie grave, l'exemple du cancer*

L'annonce du diagnostic d'une maladie au pronostic défavorable est pour le patient un traumatisme psychologique indépendamment de toute souffrance physique [71]. Elle peut réveiller des blessures ou des situations de souffrances anciennes conduisant à un double traumatisme issu du présent et du passé et se caractériser par une souffrance psychique (troubles de l'humeur et du comportement, tristesse radicale inhibant tout intérêt pour le monde extérieur) et somatique (ressenti douloureux dans la zone meurtrie du corps). Il sera donc souhaitable de prendre en considération l'histoire personnelle du patient dans la compréhension de ce désordre psychologique car les expériences émotionnelles passées vont conditionner le comportement du malade face à sa pathologie et donner naissance à une représentation

symbolique qui peut prendre le pas sur la réalité. Il en résulte une confusion entre la réalité et la "réalité psychique" du patient, qui se traduit par un décalage entre la parole concrète du médecin et ce que peut ou veut entendre le malade.

Les réactions induites par l'annonce du diagnostic sont très dépendantes des relations de transfert et de contre-transfert engagées entre le malade et le médecin. C'est ainsi que ces réactions psychologiques, aussi impressionnantes soient elles au début, évoluent grâce à une bonne relation médecin-malade ; quelle devra alors être l'attitude du médecin lors de l'annonce d'une maladie grave tant vis-à-vis du patient que de sa famille et de l'équipe soignante? Quelles réactions cette annonce pourra-t-elle susciter?

#### **4. L'Attitude du médecin lors de l'annonce :**

##### **1. Annonce au patient**

Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le médecin peut craindre de générer des réactions émotionnelles nuisibles pour le patient et de ne pas être en mesure de gérer les réactions suscitées par cette annonce. Or, tout est fondé sur une bonne communication qui, comme le souligne Buckman [76], implique :

- ✧ De supporter qu'un malade exprime jusqu'au bout ses croyances, ses inquiétudes ou ses doutes, notamment sur le bien fondé du traitement.

- ✧ D'accepter de répondre aux questions embarrassantes, comme le risque de rechute du cancer.
- ✧ D'encourager à revenir dans un temps ultérieur sur une explication déjà donnée.
- ✧ D'inciter de façon explicite le malade à poser des questions qui n'auraient pas été abordées.

Ainsi, l'attitude du médecin doit être de faciliter l'expression, de reconnaître et identifier les émotions, d'exprimer de l'empathie, de respecter certains silences, de prendre sur lui, d'être vulnérable", d'aider le patient à retrouver de la motivation. Pour ce faire, il doit choisir ses mots, poser des questions, reformuler, synthétiser, donner de l'information, renforcer les éléments positifs. Selon Molley-Massol [77], l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme une maladie grave peut être réalisée selon un protocole en plusieurs étapes.

## **2. Le protocole d'annonce :**

- Préparer le patient avant d'avoir le diagnostic :
  - ✧ Evoquer d'emblée la possibilité de gravité ;
  - ✧ Explorer les craintes et les attentes du patient ;
  - ✧ Savoir comment il veut être informé ;
  - ✧ Savoir s'il veut être accompagné.

- Préparer l'annonce dès que le diagnostic est établi :
  - ✧ Se rendre disponible pour informer.
  - ✧ Avoir un projet thérapeutique.
  - ✧ Déterminer le lieu où l'annonce sera faite (le lieu doit être tranquille, tenu à l'écart des oreilles indiscrètes, libre de toute intervention inopportune et offrant un certain confort dans la mesure du possible).
  - ✧ Etre prêt à explorer les alternatives.
  - ✧ Savoir qui doit être présent (le patient peut réclamer la présence souvent réconfortante d'un parent ou d'un ami et peut également accepter qu'un autre membre du personnel médical assiste à l'entretien).
  
- Accompagner l'annonce :
  - ✧ Déterminer ce que le patient sait déjà (« Que pensez-vous de votre état de santé actuel ? »)
  - ✧ Puis commencer par lancer un signal d'alerte (« À la lecture de vos derniers examens, je crains que la situation ne soit plus sérieuse que nous ne le pensions»), indiquant au patient que la nouvelle qui va suivre n'est pas bonne.
  - ✧ Attendre ensuite la demande du patient (« Que voulez-vous dire par "plus sérieuse" ? ») pour délivrer la nouvelle en exprimant de l'empathie et en facilitant l'expression.
  - ✧ Puis marquer une pause pour donner au patient le temps d'assimiler ce qui vient d'être dit et lui permettre de réagir.
  - ✧ Dès que possible donner de l'espoir.

- ✧ Aborder le projet thérapeutique en délivrant les informations en fonction de la demande (ne pas trop en dire).
- ✧ Revoir rapidement le patient pour tenter de déterminer sa réaction à l'annonce.
- ✧ Assurer une bonne coordination avec les différents intervenants se relayant autour de lui.
- ✧ L'orienter en fonction des besoins.
- ✧ Donner la possibilité d'être contacté.

### **E. Annonce aux proches**

L'information donnée aux proches ne sera effectuée qu'avec l'accord du malade et si possible en sa présence : s'il s'agit d'un adulte, il est préférable que l'information ne soit donnée qu'à une seule personne, désignée par le patient. On évite ainsi des informations contradictoires, ce qui peut arriver quand il existe des interlocuteurs multiples susceptibles d'interpréter différemment l'information médicale. Si la famille est reçue séparément, il est important que l'information soit proche de celle qui est donnée au patient pour éviter un hiatus entre l'information au malade et à ses proches. Il est nécessaire d'informer la famille avec ménagement et de permettre à ses membres d'exprimer leurs sentiments, de dire leur souffrance en leur offrant un espace de parole. Aussi, un bureau calme est préférable à un couloir. Il importe enfin de les informer de la réalité psychologique que vit le patient et qu'ils ignorent parfois, chacun cherchant mutuellement à ménager l'autre. Le souci du médecin est de préserver les liens du malade avec son environnement affectif : le soutien qu'il trouve auprès de sa famille est souvent plus important pour son confort et sa qualité de vie que celui du milieu médical.

## **F. Annonce aux autres membres de l'équipe soignante**

Il importe que le médecin transmette à l'équipe soignante le type d'information fourni au patient pour permettre la continuité des soins et l'intégration par le patient de la nouvelle. L'équipe doit dire en retour comment cette information a été reçue, quelles réactions elle a engendré et quelles questions sont restées en suspens. En effet, dans les premiers instants qui suivent l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le patient se trouve dans l'urgence d'une présence humaine bienveillante à ses côtés, d'une relation empathique lui signifiant que sa détresse est entendue et reconnue. Ceci exige de la part du soignant un travail sur lui-même, une acceptation de ses propres sentiments, de son impuissance. Le patient est donc le premier bénéficiaire de la communication entre le médecin et l'équipe soignante et leur collaboration en est renforcée.

## **G-Réactions du patient face à l'annonce**

Tout projet de soins implique de la part du malade une prise de conscience, une motivation à s'engager dans le projet et la mise en place de nouveaux comportements de santé.

Les patients atteints de cancers qui attendent des résultats d'examens sont souvent tellement angoissés qu'ils n'osent pas poser des questions à propos de l'évolution de leur maladie.

Comme le précise Faulkner [78], il existe de nombreuses façons pour le patient de réagir aux mauvaises nouvelles, tant sur le plan cognitif qu'émotionnel, et de nombreuses façons pour le médecin de les gérer. Selon l'interprétation généralement réalisée du travail d'Elisabeth Kübler-Ross [79], toute perte quelle qu'elle soit passe par 5 phases : le déni, la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation, la succession des sentiments allant et venant au rythme de chacun et des circonstances ; aussi, le deuil n'est réalisé que lorsqu'il y a acceptation d'une réalité permettant de se reconstruire et d'envisager un avenir.

Maguire et al. [80] ont adapté les différentes phases dans le cadre des réactions face aux mauvaises nouvelles : il appartient au médecin d'annoncer ces nouvelles de façon à permettre leur acceptation et leur compréhension, tout en minimisant les risques de déni, d'ambivalence, d'espérance irréaliste, de désespoir ou de refus de divulguer le diagnostic.

### **1. L'acceptation**

Certains patients ont pu avoir le temps de se préparer à accepter et s'adapter aux mauvaises nouvelles, d'autres soupçonnaient la réalité à travers certains événements. Il est nécessaire cependant pour le médecin de surveiller attentivement le patient pour évaluer s'il a besoin d'aide et l'aider à traverser certaines phases ; en effet, l'individu peut être amené à faire face à toutes sortes d'émotions allant de la colère à la prostration en passant par un sentiment de défaite ou des problèmes d'ordre spirituel.

## **2. Le désespoir**

Si la situation est présentée de façon brutale, sans avertissement ni ménagement, le patient peut se montrer très affecté, pleurer ou se mettre en colère. La solution consiste à reconnaître le désespoir avant d'en explorer les raisons et motivations profondes, ce qui permet au patient d'exprimer ses sentiments et au médecin de comprendre le pourquoi d'une réaction si intense.

## **3. Le déni**

Soit le patient refuse de croire à la nouvelle que le médecin vient de lui annoncer et peut alors se mettre en quête d'un autre avis spécialisé, soit il refuse totalement de parler de la maladie et de son évolution. Tout ce que peut faire le médecin est d'analyser les émotions du patient et d'évaluer l'intensité de son refus soit en mettant en évidence les contradictions dans le discours du malade, soit en repérant une ouverture qui permet de lui faire entendre la réalité.

## **4. L'ambivalence**

Le patient dans un premier temps semble accepter la nouvelle et paraît avoir compris ce qui lui a été annoncé, puis dans un second temps, se comporte comme s'il n'avait pas reçu l'information et passe alternativement d'un état à l'autre. Il appartient au médecin de maintenir une base solide pendant les discussions avec le patient. Dans ce cas, le déni tend à diminuer au fil du temps, lorsque l'aggravation devient évidente et il est important alors de ne pas masquer la réalité quand le patient est prêt à l'accepter.

### **5. Les espérances irréalistes**

Le patient semble d'abord accepter le diagnostic avant de manifester des souhaits et espérances non réalisables. Le médecin doit alors analyser avec lui leur nature et leur motivation, ce dialogue suffisant en général à faire prendre conscience de leur caractère irréaliste.

### **6. Le refus de divulguer le diagnostic à ses proches**

Le patient agit en général par amour, motivé par le désir de ne pas causer de peine à son entourage. Le médecin doit tenter de déterminer avec lui ce qu'il en coûte de cacher la vérité à ses proches, ainsi que l'impact d'une telle attitude sur ses relations émotionnelles avec ses proches. L'attitude consiste à travailler au rapprochement des deux parties de façon à ce qu'elles communiquent et abordent ensemble le problème.

## **H. Conclusion**

Annoncer une maladie grave est une démarche complexe : pour le malade, entendre la vérité sur la maladie ("savoir") ne suffit pas pour qu'il s'approprie cette information ("croire"). Comme l'écrit de Broca [81] : « Respecter la personne malade, c'est lui permettre de faire des va et vient entre savoir, croire, droit de savoir ou de ne pas savoir, droit de croire ou de ne pas croire. » Le passage du savoir au croire renvoie le malade à son histoire qui a progressivement façonné ses mécanismes de défenses psychiques. La difficulté de certains médecins à annoncer une mauvaise nouvelle au patient reflète un manque de formation dans ce domaine et la probable persistance d'une peur,

celle qu'un pronostic péjoratif ne puisse être vécu par le malade sans le mettre psychologiquement en danger, qui mène à lui "dérober" sa capacité à réagir face à une réalité et donc aussi son influence dans les décisions qui le concernent pourtant au plus haut point... Et si le médecin ne protégeait que lui dans ces cas de vérité voilée ? Ceci incite à travailler autour de la formation des médecins dans le domaine de l'information et de la compréhension du malade, domaine dans lequel s'investit à l'heure actuelle l'institut national du cancer dans le cadre du dispositif d'annonce, mesure 40 du plan Cancer [82]. Comme le souligne Hirsch [83], le respect que le médecin doit à son patient rend nécessaire qu'il réfléchisse à sa façon de communiquer avec lui. Dire la maladie ne se résume pas à livrer une information mais à accompagner le patient vers le processus d'intégration de cette information.

« Reconnaître que le malade a le droit à une maturation dans sa compréhension et son adhésion au diagnostic est à la base du respect – de l'éthique que tout personne dite soignante lui doit. » (De Broca, 2004 [81])

#### **IV. INFORMATION DU MALADE ET PRONOSTIC MEDICAL**

Le pronostic de survie est exercé par les médecins depuis Hippocrate. Son importance diminuant avec l'arrivée des thérapeutiques efficaces, il perdure autour de la fin de vie. Pourtant, malgré les progrès réalisés (pathologies, prédictions clinique de survie, sémiologie, scores, qualité de vie, biologie), les médecins se trompent fréquemment. Les prophéties auto-réalisatrices et les demandes complexes des malades renforcent le caractère discutable du pronostic, tout comme ses origines issues du pouvoir magico-religieux. Ainsi, les médecins peuvent prévoir pour leurs besoins de soins et non prédire ce qui n'est pas connu.

La durée de la vie et les conditions de sa fin fascinent notre entendement et ont forgé dans la mythologie grecque ces personnages des Parques. Elles tiennent entre leurs mains la destinée mystérieuse que nous aimerions (croyons- nous ?.. .) connaître. Devins, marabouts, cartomanciennes, horoscopes... prospèrent depuis la nuit des temps sur ce désir de connaissance des conditions de notre avenir (amour, travail, santé.. .). Mais qu'en est-il quand cette interrogation concerne l'heure de notre mort ? À quel jeu se risque celui qui ose dire l'indicible ? Le pronostic est-il éthique ?

## **A. Le pronostic médical : des origines aux justifications actuelles**

### **1. Une pratique ancestral :**

#### **Hippocrate**

*« J'ai fait le bien à l'égard des dieux et des hommes, à l'égard des morts et des vivants. Pourquoi la maladie et la misère sont-elles tombées sur moi ? »*  
[84].

Cette inscription sur tablette mésopotamienne, datée d'environ 3000 ans, exprime un désarroi que nous pouvons faire notre. Ce destin incompréhensible, l'humain cherche à le percer.

En ces temps, l'astrologie, l'hépatoscopie (lecture de pronostics dans le foie de mouton) ou de l'huile dans de l'eau (moins onéreux.. .) constituaient une partie de la panoplie des moyens mis en œuvre à cette fin. De ce magma médico-religieux ancestral, va émerger la médecine hippocratique, au VE siècle avant J.-C. Précédemment, « la maladie est en dehors de la nature, totalement étrangère à l'homme et ne dépendant que des caprices des dieux, elle échappe à l'ordre naturel. En revanche, pour les médecins hippocratiques, les maladies sont des perturbations d'un équilibre naturel dans l'homme ; elles sont contraires à l'harmonie mais font néanmoins, partie de la nature et, par conséquent, obéissent à certaines règles » [85].

Mais, cette sortie de l'atmosphère magique et religieuse s'effectue lentement... et Hippocrate, dans son traité intitulé *Le pronostic*, exprime cette articulation encore à parfaire : « Il faut qu'il sache (le médecin) reconnaître la nature de ces affections et jusqu'à quel point elles dépassent les forces de l'organisme, et s'il n'y a point en elles quelque chose de divin, car ceci éclaire le pronostic » [86].

Hippocrate reste bien conscient des difficultés inhérentes à la fonction médicale et de ses frontières ténues avec les dimensions dont elle tente de s'affranchir, malgré le côtoiement permanent de l'inconnu qu'il faut interpréter. Dans ce cadre, (c'est ainsi qu'Hippocrate justifie le pronostic), il y a nécessité de gagner la confiance du malade... (« Énumérant toutes les circonstances qui leur échappent, il leur persuadera qu'il connaît mieux qu'un autre tout ce qui les regarde ; en sorte qu'ils ne craindront pas de s'abandonner à lui » [86])... et de préserver sa réputation de médecin (« prévoyant et pronostiquant ceux qui doivent guérir et ceux qui doivent mourir, il sera exempt de reproche » [87].) Ce pronostic constitue donc une clef majeure de la fonction médicale appréciée de diverses manières.

Pour Étienne le philosophe, commentateur d'Hippocrate, « le diagnostic n'est qu'une partie du pronostic, qui doit être regardé comme le côté le plus général et le plus noble de la médecine, puisqu'il rapproche en quelque sorte l'homme de la Divinité » [87]. Hippocrate semble, lui, plus dubitatif sur ce pronostic, lorsqu'il reconnaît dans le corps du texte de *Le pronostic* qu'« Il est impossible de rendre la santé à tous les malades, et cela vaudrait certainement mieux que de prévoir l'avenir » [86].

Ce que corrobore la pensée du traité « de l'art » dans cette même collection hippocratique :

« J'entends par la médecine : c'est délivrer complètement les malades de leurs souffrances, mitiger les maladies très intenses, et ne rien entreprendre pour ceux que l'excès du mal a vaincus » [88].

Distinguer les signes des maladies qui guérissent et celles qui ne guériront pas constitue un défi pour la profession médicale qui va se poursuivre dans les siècles suivants.

## **2. Entre Pronostic et diagnostic :**

La prédiction multiforme omniprésente aux origines de l'humanité se transforme prudemment dans la démarche d'Hippocrate. Dans sa recherche sémiologique, scientifique, il se doit d'endosser, bon gré mal gré, la demande sociale de lecteur des signes avant-coureurs du destin. Ses disciples feront de même. « Plus que l'échec thérapeutique, c'est dans ce difficile art de prévoir la mort que se situe la responsabilité du médecin, surtout lorsqu'il lui incombe de conseiller sans précipitation l'appel du prêtre » [89].

Cependant, ce qui semble relever d'évidence de cette fonction médicale construite au long des siècles va se trouver bousculer par l'arrivée de thérapeutiques efficaces sur le devenir des malades.

L'article de Christakis, *The ellipsis of prognosis in modern medical thought* [90], nous plonge au cœur de cette réflexion concernant le médecin : est-il l'homme du pronostic de l'évolution à venir de la maladie, voire de la prédiction de la mort ? Est-il l'homme du diagnostic et de la thérapeutique ?... Si la question ne peut-être tranchée aussi simplement, cette étude, sur les différentes approches médicales de la pneumonie lobaire entre 1892 et 1988, illustre combien « quand les options thérapeutiques sont substantielles, le pronostic serait négligé ». « Inversement, quand les options thérapeutiques ou la connaissance du diagnostic sont tous deux limités, les médecins pourraient juger du pronostic pour être au mieux du travail clinique ». Autrement dit : « le pronostic disparaît lorsque le diagnostic et la thérapeutique gagnent en importance » [90].

Ainsi, diagnostic et thérapeutique seraient la mise en œuvre de la partie efficace de la médecine, le pronostic n'étant qu'un pis-aller de circonstance de cette fonction médicale.

Nous retrouvons les méditations hippocratiques enfin dotées des moyens espérés 24 siècles plus tôt. Cependant, les victoires médicales demeurent relatives et, concernant les maladies graves et pour de nombreuses fin de vie, le pronostic se perpétue.

### **3. Motivations actuelles du pronostic :**

Les arguments avancés afin que s'améliore la précision de cette part de l'art médical [91] qu'est le pronostic sont de trois ordres pour Mackillop et Quirt [91] :

- ✧ Premièrement, choisir le traitement médical le plus adapté à la durée de vie attendue du malade.
  - ✧ Deuxièmement, contribuer à l'efficience économique des programmes de santé grâce à ces choix médicaux.
  - ✧ Troisièmement, permettre au patient et à sa famille d'organiser leur futur.
- Pour Morita et al. [92], prévoir la survie du patient, en particulier pour des durées de trois à six semaines, est indispensable à la décision de mise en œuvre de médicaments psychotropes.
  - Tamburini et al. [93] allongent cette liste des décisions thérapeutiques à prendre en fonction de la durée de vie : apprécier le bénéfice de la chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie palliatives ; idem pour la nutrition ; juger des coûts qui leur sont attachés. Prévoir le pronostic est une nécessité dans deux situations.
  - Pour Lamont et Christakis [94] : l'enrôlement dans un essai de phase 1 de protocole de chimiothérapie ; diriger le patient vers un hospice.

En effet, il semble que les prédictions optimistes des oncologues privent les patients des structures de soins adaptées à leur état, aux États-Unis en particulier, les hospices [95]. En France également, la poursuite de chimiothérapie palliative bénéficierait d'évaluation au regard de la qualité de vie effective des malades concernés [96].

Le Pronostic idéal profiterait à l'anticipation, nécessaire au travail médical. Cependant, ce pronostic espéré n'est pas encore en notre possession.

## **B. Pronostic et éthique**

### **1. Les désirs du malade**

Dans une étude auprès de 56 malades en maladie terminale [97], un questionnaire semi ouvert explore les informations souhaitées par ceux-ci. Cent pour cent des malades veulent que le médecin soit honnête. Quarante-huit pour cent veulent qu'il soit optimiste... Ce que Christakis résume [98] : « Les patients attendent des médecins qu'ils pronostiquent d'une manière qui soit simultanément-même si c'est impossible- honnête, précise et optimiste ».

Cette injonction paradoxale explique le malaise ressenti par les médecins lors de consultations au cours desquelles un pronostic est évoqué. Dans une étude auprès de 697 internistes [99], 60 % évoquent l'aspect stressant de la prédiction et plus de 90 % d'entre eux pensent que « les médecins devraient éviter d'être trop explicite dans les prédictions aux patients ». Ainsi, la pertinence du pronostic est soulevée par de nombreux praticiens dans l'interrogation que suscite leur pratique.

À ces difficultés se rajoutent d'autres caractéristiques de la position du malade, bien souvent non perçues par les soignants. Les patients, eux aussi, sous-estiment l'étendue de la maladie et surestiment les capacités de guérison [100]. Cette forme de méconnaissance de leur situation réelle ne peut être simplement attribuée à un manque d'information du malade. Elle est probablement un choix

« D'interpréter sélectivement afin de créer un tableau de la maladie avec lequel on peut vivre plus facilement » [100]. Dans ce cadre, imposer une vérité pourrait se révéler destructeur. En revanche, cette méconnaissance du réel, oriente les malades vers des thérapeutiques à visée curative qui ne sont plus appropriées [101] ; à moins que, là encore, la question dépasse le cadre de l'information raisonnable, et que le choix de chimiothérapie lourde ne soit la marque de cette vie à poursuivre à tout prix [102].

Devant tant de complexités, la tentation paternaliste demeure pour le corps médical [103] : ne faut-il pas prendre les décisions à la place des malades, en fonction d'un pronostic toujours mieux estimé par les médecins que par les patients ? Comment concilier l'information du malade, prévue indiscutablement dans nos codes d'éthique et la réalité d'une communication brouillée, parasitée par les enjeux de vie et de mort [100] ?...

L'éthique, telle que la définit Paul Ricœur, est cette « visée de la “vie bonne” avec et pour autrui dans des institutions justes » [104]. Ainsi, les décisions médicales à prendre doivent l'être avec et pour le malade, malgré la complexité évoquée ci-dessus. Et, concernant le pronostic, face à cette complexité, peut-être pouvons-nous réévaluer l'impossible demande du malade : une information honnête et optimiste...

## **2. Le pronostic est-il éthique ?**

Une information honnête est une information qui prend en compte le réel, l'actuel et qui ne peut de façon certaine connaître l'avenir, quelle que soit l'échelle des jours, des mois ou des années, comme en témoigne l'ensemble du paragraphe des difficultés du pronostic. Une information optimiste est une information qui laisse place, justement, à cet inconnu de l'avenir et qui autorise, du même coup, l'élaboration d'un « tableau personnalisé », si nécessaire à la survie du malade comme nous venons de le voir dans le paragraphe précédent. Ces clés de communication, complexe, proposées par les malades eux-mêmes, condamnent le pronostic qui, dans les faits, n'est ni « pour » le malade, ni « avec » lui.

Pratique davantage issue du monde de la magie et de la religion que de la recherche instaurée par Hippocrate et ses disciples, elle « projette le médecin dans le rôle d'un prophète » [98]. En ce sens, elle lui assigne des contraintes morales disproportionnées et intenable, sauf à endosser les habits de porte-voix du divin. Pratique de « Pouvoir sur les patients et, littéralement et métaphoriquement, sur leur futur » [98], elle est pourtant approuvée par Christakis [98] qui assigne à la profession médicale cette fonction « sociale archétypale » [98]. En médecine, cependant, et en soins palliatifs en particulier, cette pratique de pouvoir ne peut être avalisée en tant que telle. Sans nier les réalités du pouvoir au sein des relations de soin, comme dans toutes relations humaines [105], l'éthique cherche à établir des relations plus légitimes, plus justes, plus questionnantes que cette approche par trop déséquilibrée et ce,

d'autant que cette pratique du pronostic est entachée dans les faits de nombreuses erreurs qui disqualifient son existence fondée sur une « vérité révélée ». Le pronostic en l'état actuel de nos connaissances est bien trop éloigné du résultat escompté pour prétendre à une légitimité.

Même si des progrès majeurs en matière de précision advenaient, le pronostic demeurerait une pratique potentiellement dangereuse, dans sa clôture de l'horizon du malade qu'il suppose, dans sa fermeture à l'espérance qu'il implique, dans sa mise en place d'un compte à rebours qu'il induit. Les effets évoqués au cours du paragraphe Pygmalion et Baskerville sont là pour nous rappeler la réalité tangible de ces effets sur la santé.

Devant tant de complexités, la tentation paternaliste demeure pour le corps médical [103] : ne faut-il pas prendre les décisions à la place des malades, en fonction d'un pronostic toujours mieux estimé par les médecins que par les patients ? Comment concilier l'information du malade, prévue indiscutablement dans nos codes d'éthique et la réalité d'une communication brouillée, parasitée par les enjeux de vie et de mort [103] ?...

L'éthique, telle que la définit Paul Ricoeur, est cette « visée de la “vie bonne” avec et pour autrui dans des institutions justes » [104]. Ainsi, les décisions médicales à prendre doivent l'être avec et pour le malade, malgré la complexité évoquée ci-dessus. Et, concernant le pronostic, face à cette complexité, peut-être pouvons-nous réévaluer l'impossible demande du malade : une information honnête et optimiste...

Au demeurant et malgré les apparences de surface, le pronostic n'est pas une pratique demandée réellement par le malade. Celui-ci souhaite maintenir une dynamique de vie, que soutienne le médecin, au sein des pires scénarios (c'est bien le sens de cette demande d'optimisme vis-à-vis du praticien). À lui d'aménager des paroles qui soient respectueuses du malade (honnêteté) et donc, qui ne cherchent pas à tromper le réel d'aujourd'hui et autorisent ce murmure de vitalité inhérent à l'existence humaine.

*L'avenir ne nous appartient pas.*

## **IV. LA PRATIQUE DE L'INFORMATION ET LES PARTICULARITES DE LA MALADIE CANCEREUSE**

### **A. Le cancer**

Le cancer reste une maladie qui associe pour le malade et sa famille la menace de mort et la crainte de souffrance et de mutilation. L'information est à toutes les étapes de la maladie à l'origine d'un retentissement émotionnel inéluctable. Avant d'envisager les aspects pratiques de l'information en cancérologie, il paraît important de souligner quelques notions.

### **B. Problématique des sources d'information en cancérologie**

La cancérologie est une cible privilégiée des médias en quête de vulgarisation d'information "sensationnelle". Le malade (et ses proches) confronté au drame de la maladie cancéreuse en quête légitime d'espoir est un récepteur souvent privé de filtre critique. Le malade, la famille, les amis ont accès aux sources d'informations largement disponibles grâce aux nouvelles technologies de l'information. Il s'agit d'une réalité incontournable qu'il faut savoir gérer en évitant la dérision ou l'irritation. Au cours des périples hospitaliers ou extrahospitaliers, le malade est exposé à de multiples intervenants médicaux, paramédicaux, administratifs. Il peut avoir accès directement à des comptes-rendus d'examens ou percevoir des messages discordants. Il est impossible de contrôler ces différentes sources d'informations. La dénomination de certaines thérapeutiques utilisées en cancérologie est inéluctablement associée pour les malades au diagnostic de cancer. C'est en particulier le cas de la radiothérapie et de la chimiothérapie. Il est inacceptable de proposer de tels traitements sans une information suffisante préalable du malade ou de recourir à une information tronquée, voire à une tromperie. [3] [7]

### **C. Problématique liée au système de défense du malade :**

Le malade face à l'annonce d'une maladie cancéreuse établit un système de défense. Ses défenses psychologiques sont parfois différentes de celles que l'on prévoyait (ou que la famille prévoyait). Ce système est évolutif. Il peut s'agir d'un déni, d'une révolte, d'une réaction dépressive ou d'un besoin presque obsessionnel de tout savoir pour tout contrôler.

Il faut être conscient qu'en cancérologie comme dans d'autres pathologies potentiellement graves et évolutives, il existe chez le malade une ambivalence entre le désir de savoir et la peur de savoir. Le malade peut osciller entre ces deux pôles en fonction de paramètres somatiques, psychologiques ou environnementaux. [79] [80]

### **D. Quelques principes importants**

La maladie cancéreuse est souvent une maladie longue avec un risque potentiel (parfois connu dès le moment du diagnostic) d'évolution fatale. Le pacte de confiance doit s'établir dès le début et il faut tout mettre en œuvre pour le maintenir au cœur des échanges entre le médecin (notamment le médecin référent) et le malade. L'information passe par des phases critiques : l'annonce du diagnostic, l'échec thérapeutique, l'entrée dans la phase de soins palliatifs de fin de vie.

La vérité concernant le diagnostic de cancer a intérêt à être précoce, centrée sur une relation thérapeutique qui a pour corollaire la perception d'un contrat de "non-abandon". Il s'agit d'un moment propice puisqu'il permet souvent de proposer des éléments d'espérance. Certains peuvent être tentés lorsqu'il y a de réelles chances de guérison par un traitement chirurgical par exemple, d'occulter la vérité en parlant de "polype", "d'ulcère", de "lésion". La découverte "accidentelle" ou au moment d'une récurrence de la vérité altère d'une manière quasi définitive la confiance du malade : "on m'a trompé une fois... pourquoi ce que le médecin (et d'une manière plus générale les médecins) dit aujourd'hui serait-il la vérité?"

L'information en cancérologie porte sur le diagnostic, les modalités, les inconvénients, les risques du traitement, les résultats escomptés de ce traitement et plus tard sur l'évaluation de ces résultats. Le médecin connaît les chances et les risques thérapeutiques en terme statistique mais ce qui intéresse le malade c'est avant tout ce qui le concerne individuellement. Il serait présomptueux de conseiller une recette pour gérer cette situation. On peut recommander de créer les conditions d'une relation authentique, modulable dans le temps, comportant un juste équilibre entre une "humilité véridique" et une "compétence rassurante".

L'espoir n'est pas synonyme de guérir. Le malade et la famille doivent percevoir que tout ce qu'il faut faire le sera dans le cadre du pacte de confiance, ce qui implique une écoute, une information, un respect des volontés du malade. Ceci est valable à toutes les étapes de la maladie y compris dans la phase ultimes de la vie. [6] [23]



*Conclusion*

Toute personne malade a le large droit d'accès à l'information la concernant. En effet une fois l'acte médical réalisé, l'usager pourra avoir directement connaissance de l'ensemble des informations détenues par le professionnel ou l'établissement de santé, voire par l'hébergeur agréé de données. Il s'agit d'une évolution majeure, jadis, on pouvait seulement avoir communication des informations médicales le concernant par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignait.

Les malades atteints de cancer, leur entourage, les familles ainsi que les propos tenus par les associations et les travailleurs sociaux montrent que l'accès à l'information sur la maladie est indissociable d'un besoin d'écoute, de dialogue, d'échange, de soutien et d'aide.

Les attentes et les besoins en matière d'information font référence à une double fonction de l'information :

- favoriser une meilleure gestion de la trajectoire de soin, maîtriser son parcours dans le système de soins et dans la structure hospitalière en particulier,
- améliorer le dialogue et la relation entre les professionnels (médecins, soignants, administration) et le malade, son entourage par un accroissement d'un savoir profane.

Deux actions à mener parallèlement sont envisageables pour répondre aux attentes et aux besoins d'information.

La première est relative à la diffusion d'information sur les droits des malades. En effet, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dans la continuité des États généraux de la santé, renforce les droits à l'information des malades.

Cette loi distingue trois obligations d'information qui incombent aux professionnels de santé dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des règles professionnelles qui leur sont applicables. Elles concernent le droit d'être informé sur son état de santé, la délivrance de l'information lors d'un entretien individuel, l'accès à l'ensemble des informations sur sa santé détenue par des professionnels et les établissements de santé.

L'autre action s'inscrit davantage dans une démarche partenariale pour mettre en place des actions (livret d'information, espace de rencontre...) afin de faciliter l'accès à l'information, à une information adaptée aux différents vécus de la maladie.

Quel que soit le type d'actions envisagées, les associations sont des acteurs incontournables.

L'histoire du mouvement associatif montre l'expertise et l'engagement des associations dans le développement de l'accès à l'information des usagers. Le contexte récent aussi bien social (États généraux des malades, États généraux de la santé) que législatif (loi du 4 mars 2002) conforte cette orientation du système de santé.



## *Résumés*

## **RESUME :**

**Titre : L'information médicale du malade atteint du cancer ,particularités du malade marocain**

**Auteur :Anwar Boukir**

**Mots clés :Information médical ,oncologie ,consentement éclairé, Relation médecin malade.**

L'information médicale peut se définir comme tout ensemble de données propres à revêtir un sens particulier visant à éclaircir et faire comprendre au malade sa situation, le pourquoi, le comment et les détails temporo-spatiaux de sa prise en charge.

L'information en cancérologie porte sur le diagnostic, le pronostic, les modalités, les inconvénients, les risques du traitement, les résultats escomptés de ce traitement et plus tard sur l'évaluation de ces résultats.

Nous avons mené cette étude afin d'évaluer le niveau de l'information transmise aux patients, pour mettre l'accent sur l'importance d'un bon transfert d'information pour une meilleure prise en charge des malades.

Ce travail a été réalisé auprès de 224 malades sous chimiothérapie pour une pathologie cancéreuse suivis au niveau de l'institut national d'oncologie à Rabat, et ce, à l'aide d'un questionnaire réalisé grâce au logiciel sphinx. L'analyse statistique et le traitement des données ont été faits à l'aide du même logiciel.

Cette enquête confirme l'importance du hiatus existant entre l'information détenue par le praticien, et celle entendue et comprise par le patient. Dans la plupart des études, les patients se disant insatisfaits des explications données, l'enquête montre que le niveau d'information de la plupart des patients est loin d'être satisfaisant.

Cette étude est arrivée à constater l'insuffisance de l'information en qualité et en quantité, et à mettre en relief les points de défaillance dans le circuit de transfert de cette information.

## **ABSTRACT :**

**Title :**The medical information in Moroccan cancer patients

**Author :** Anwar Boukir

**Key-Words :** Médical information ; oncology,clarified consentment ,prognostic,doctor-patient relationship

Médical information can be defined as any set of specific data wich aim is to clarify and to understand the patient's situation and the details of his care.

The information in oncology focuses on the diagnosis, prognosis, terms, disadvantages, risks of treatment, expected results of this treatment and later on the evaluation of these results.

We conducted this study to assess the level of information given to patients to emphasize the importance of a good transfer of information for a better care for patients.

This work was conducted among 224 patients receiving chemotherapy for malignant disease followed at the National Institute of Oncology in Rabat, and this, using a questionnaire realized with software sphinx. Statistical analysis and data processing has been made using the same software.

This survey confirms the importance of the gap between information held by the practitioner, and one heard and understood by the patient. Patients were dissatisfied explanations, the survey shows that the level of information for most patients is far from being satisfactory.

This study found a lack of information quality and quantity, and highlight points of failure in the transfer circuit of this information.

## ملخص

العنوان : المعلومات الطبية بالنسبة للمرضى المغاربة المصابين بالسرطان  
من طرف : أنوار بوكبير

الكلمات الأساسية: المعلومات الطبية - السرطان - الأنكولوجيا - علاقة الطبيب  
بالمريض

يمكن تعريف المعلومات الطبية بأنها مجموعة من بيانات محددة ذات أهمية  
خاصة تهدف لتوضيح وشرح حالة المريض من خلال تبيان وتعليل التفاصيل  
المكانية ، الزمنية والكيفية لرعايته الصحية .

أجريت هذه الدراسة لتقييم مستوى المعلومات التي تعطى للمرضى وذلك  
للتأكيد على أهمية نقل جيد للمعلومات من أجل رعاية أفضل للمرضى شملت هذه  
الدراسة 224 مريضا في مصلحة الأنكولوجيا الطبية بالمركز الوطني  
للأنكولوجيا بالرباط وذلك باستخدام استبيان وضع بواسطة برنامج  
SPinx. التحليل الإحصائي ومعالجة البيانات قدمت باستخدام نفس البرنامج.

هذا الاستطلاع يؤكد على أهمية الفجوة بين المعلومات التي لدى الطبيب،  
وتلك التي تلقاها وفهمها المريض. في معظم الدراسات، أبدى المرضى عدم ارتياحهم  
للتفسيرات وأكدوا عدم تلقيهم معلومات جيدة لكن وكما تظهر الدراسة فمستوى  
المعلومات لدى معظم المرضى غير مرضى على الإطلاق.

هذه الدراسة أظهرت القصور الكمي والنوعي للمعلومات لدى المرضى،  
كما سلطت الضوء على نقاط الضعف في آليات نقل هذه المعلومات.



*Bibliographies*

- [1] Larousse \Encyclopédie en ligne
- [2] **Larousse \Encyclopédie en ligne**
- [3] François I. L'information du patient. *Cour Éthique Méd* 2001;1:4–5.
- [4] **Louis Portes**, en 1949 : ☒ On peut assimiler le patient à un mineur et le médecin à un père ou un tuteur ☒.
- [4'] **Suzanne Rameix**<sup>1</sup> Du paternalisme à l'autonomie des patients?  
L'exemple du consentement aux soins en réanimation
- [5] **Kawtar BENCHEKROUN** ,Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales de Salé, université Mohammed V - Master en droit médical et de la santé 2009
- [6] **Le médecin**, le malade et la confiance
- The doctor, the patient, the trust**
- P. Bizouarn ✉ Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Guillaume-et-Réné-Laënnec, 44035 Nantes cedex 01, France
  - Éthique & Santé Volume 5, Issue 3, September 2008, Pages 165–172
- [7] **L'information** du malade la preuve en està la charge du médecin  
Available online 2 November 1998.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0248-8663\(97\)80790-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0248-8663(97)80790-4), How to Cite or Link Using DOI Permissions & Reprints Copyright © 1997 Published by Elsevier Masson SAS [La Revue de Médecine Interne Volume 18, Issue 7, July 1997, Pages 507–508]

**[8]** **Anaes.** Information des patients : recommandations destinées aux médecins, Mars 2000.

**[9]** **Information** et dialogue avec le malade et sa famille (y compris les textes législatifs)

Michèle Levy-Soussan Unité de Soins Palliatifs, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, 47, Bd de l'Hôpital, 75013 Paris

Available online 10 December 2007.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0399-8320\(04\)94986-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0399-8320(04)94986-X), How to Cite or Link Using DOI Permissions & Reprints

Gastroentérologie Clinique et Biologique Volume 28, Issue 5, Supplement 1, May 2004, Pages 39–44

**[10]** **Informations** de santé destinées aux patients sur internet Original Research Article

ITBM-RBM, Volume 21, Issue 5, October 2000, Pages 281-285

S.J Darmoni, B Thirion, J.P Leroy, F Baudic, M Douyère, J Piot

**[11]** **Risque** et utilité du Web en santé mentale chez l'adolescent, évolutions et perspectives

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 58, Issue 8, November 2010, Pages 500-506

Y. Auxéméry

- [12] **The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature**  
Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, Volume 53, Issue 10, December 2010, Pages 669-692  
V. Gremeaux, E. Coudeyre
- [13] **Almeras JP.** L'information au patient. Le point de vue du juriste. Arch Mal Cœur 1999;92:1249–51.
- [14] **Déclaration** universelle des droits de l'homme
- [15] Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
- [16] Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine
- [17] Code de déontologie médicale Maroc (juin 1953)
- [18] **Daver C.** De la relation de confiance à l'obligation d'information : quelques réflexions sur la genèse d'une obligation. JCP E Semaine Juridique (édition entreprise),
- [19] **Wikipédia en ligne.**
- [20] **Jean marie clément :** «droit des malades», les études hospitalières, édition 2002.
- [21] **Yves Henri leleu et gilles genipa** « le droit médical, aspect juridique de la relation médecin-patient », édition de Boeck&larcier 2001, Bruxelles,
- [22] **[22-23- 24]Jean Paul donnergues, Guy leverger et Danielle rapoport :** « droit de savoir, savoir dire » édition Belin 2003 ;

- [25] **Gemmill, Charlene.** "Kubler-Ross and other Approaches". University of Kentucky Department of Philosophy. Retrieved 10 April 2012.
- [26] *Soi-même comme un autre*, Paul Ricœur, Le Seuil, Collection l'ordre philosophique, 1990.
- [27] **Degoulet P, Fieschi M.** *Traitement de l'information médicale : Méthodes et applications hospitalières. Chapitre 10 : Informatisation des dossiers médicaux.*  
Collection Manuels Informatiques. Masson – Entreprise. 1991.
- [28] **Pradeau F, Pradeau MC, Benz-Lemoine E, Ingrand P.** Le dossier du patient dans les établissements de santé. Tenue, contenu, archivage et communication – aspects médico-légaux - revue de littérature. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, septembre 1998, N°5, volume 41, p 355-366.
- [29] **ANAES.** *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ; Dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu réglementations et recommandations.* Paris juin 2003.
- [30] **Honorat C.** *Apprentissage de l'exercice médical : Le Dossier Médical.* Université de Rennes 1 - Faculté de Médecine. 14 novembre 2005. Consulté le 01 /11/2009 sur : <http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/mg/AEMDQ04.pdf>.
- [31] **Falcoff, H.** Dossier médical en médecine générale. *La revue du praticien, médecinegénérale*, n° 404,1997, p 71-8.

- [32] **Moutel G.** Évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins- soignants patients: approche historique, médicale, médico-légale et éthique. Faculté de médecine, Université Paris 5
- [33] **Royaume** du Maroc. Code pénal, Article 446.1962.
- [34] **Sanction** de la violation du secret médical selon l'article 446 du code pénal marocain, 1962
- [35] **Accès** des médecin contrôleurs de santé au dossier médical selon :  
L'article 28 de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base
- [36] **Royaume** du Maroc. Code de la couverture médicale de base, Loi N° 65-00, bulletin officiel N° 5058 -16 Ramadan 1423 (21-11-2002), p. 1333.
- [37] **Royaume** du Maroc. Décret n° 2-05-733 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.
- [38] **Pradeau F, Pradeau MC, Benz-Lemoine E, Ingrand P.** Le dossier du patient dans les établissements de santé. Tenue, contenu, archivage et communication - aspects médico-légaux - revue de littérature. Journal de Médecine Légale Droit Médical, septembre 1998, N°5, volume 41, p 355-366
- [39] **Wolf M, Gaillard M, Hervé C.** Consentement : quelle est la question? Confrontation entre la pratique et la théorie. Presse Med 1997;26:1725–9.

- [40] **Daver C.** De la relation de confiance à l'obligation d'information : quelques réflexions sur la genèse d'une obligation. JCP E Semaine Juridique (édition entreprise), n°6 08/02/2001:20–7.
- [41] **Mazeaud D.** **Le contrat**, liberté contractuelle et sécurité juridique. Defrénois 1998:1137–47 (n°19).
- [42] **Alt-Maes F.** Rapport de synthèse. Gaz Pal 1er janvier 1999: 46.
- [43] **Béry A.** L'exercice libéral de l'odontologie. Aspects éthique et juridique. [thèse de doctorat], Université Paris V, 1996. 229p.
- [44] **Béry A.** Étude de la jurisprudence récente dans le cadre de l'acte de soins de la chirurgie dentaire. [thèse de doctorat], université Paris VII, 1990. 112p.
- [45] **Demichel A.** Le droit de la santé. Bordeaux: Les Études Hospitalières. 1998. 49p.
- [46] **Amson D.** Vie privée et santé Paris: Légipresse; 2001. p. 137-40 n°186
- [47] **Damien A.** Le secret professionnel. Gaz Pal 1982:136–8.
- [48] **Béry A.** Le consentement du patient. Actual Odontostomatol (Paris) 1991:173–80.
- [49] **Lebrun JP.** Le consentement. Ethica clinica. juin 1997 (n° spécial).\*
- [50] **Dieudonné N.** Internet : un enjeu professionnel majeur. CdF janvier 1996:5–6.
- [51] **Bourguignon A.** **FMC** : comment les patients peuvent aider les médecins à améliorer leurs connaissances. Quot Méd 2001 (n°7020):8.

- [52] **Robert A.** Le consentement éclairé, entre humanisme et légalisme. LONCD novembre 2000:24.
- [53] **Dupuis C.** Droits des patients. Quot Méd 2000 (n°6663):4.
- [54] **Pérez M.** Médecins : l'obligation d'informer. Le Figaro 7 janvier 2000.
- [55] **Brock D.** Informed consent, life and death. Cambridge: University Press; 1993. p. 23-32.
- [56] **Jestaz P.** L'engagement par volonté unilatérale. In: Les obligations en droit français et en droit belge. Bruylant- Dalloz; 1994. p. 3.
- [57] **Carbonnier J.** On contracte comme on se marie. Droit civil, les obligations. In: Collection Thémis (tome 4). Paris: PUF; 1993. p. 60 (n° 22).
- [58] **Frison-Roche MA.** Remarques sur la distinction de la volonté et du consentement en droit des contrats. RTD civ.
- [59] **Béry A. Morale,** éthique et déontologie. Rev Orthop Dentofac 1993:27–32.
- [60] **Jacotot D.** Les droits des professionnels de santé? Seulement des obligations. LONCD janvier-février 2002:9–12.
- [61] **Glorion B.** Le consentement et ses aspects déontologiques. Gaz Pal 1999;5:5–7.
- [62] **Dorsner-Jolivet A.** Note sous TGI Bobigny, 3e Ch civ, 9 février 1983. JCP 1984;II:20149.
- [63] **Lacœuilhe G.** L'obligation d'information. Concours Med 2000;122: 430–1.

- [64] **Almeras JP.** L'information au patient. Le point de vue du juriste. Arch Mal Cœur 1999;92:1249–51.
- [65] **Storrer P.** Obligation d'information médicale : les suites d'un revirement de jurisprudence. Rev Lamy, Droit Affaires 1998 (n°10):9.
- [66] **Truchet D.** La décision médicale et le droit. In: AJDA. 1995. p. 611–9.
- [67] **François I.** L'information du patient. Cour Éthique Méd 2001;1:4–5.
- [67]'. **Chocque JC.** Les droits du patient : réflexions du Conseil d'État sur le droit à la santé. CdF 1998;68(888):32–4. ).
- [68] **Dubouis L.** In: RD Sanit Soc Actualités juridiques 2001. p. 53-4
- [69] Le refus de soins par Alain Knopf, Philippe Kratz
- [70] **Durin-Valois M.** Le diable est dans les détails. Paris. JC Lattès. 2003; 3: 42.
- [71] **Ruzniewski M.** Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Paris: Dunod; 1999.
- [72] **Fauré G.** Dire la maladie au patient. Propos d'un juriste. Ethique et Santé. 2004; 1: 45-6.
- [73] Loi du 4 mars 2002 – 303 relative aux droits du malade et à la qualité de soins.
- [74] **Décret 95-100** du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. République Française.
- [75] **Anaes.** Information des patients : recommandations destinées aux médecins, Mars 2000.

- [76] **Buckman R.** *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.* Guide professionnel de santé. Paris: InterEditions; 1994.
- [77] **Moley-Massol I.** *L'annonce de la maladie, une parole qui engage.* Collection Le Pratique. Puteaux: Éditions Da Te Be; 2004.
- [78] **Faulkner A.** *Effective interaction with patients.* Edinburgh: Churchill Livingstone;
- [79] **Kübler-Ross E.** *Les derniers instants de la vie.* Genève: Labor and Fides; 1975.
- [80] **Maguire P, Faulkner A, Regnard C.** *Annoncer les mauvaises nouvelles.* In: *Guide pratique de soins palliatifs.* Paris: SPAHD; 1997. p.104-10.
- [81] **De Broca A.** *Tension entre le savoir et le croire d'une personne face à l'annonce de la maladie.* *Ethique et Santé.* 2004; 1: 42-4.
- [82] **Institut national du cancer.** *Les recommandations nationales de mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer.* Avril 2006.
- [83] **Espace éthique.** *La relation médecin-malade face aux exigences de l'information sous la direction d'Emmanuel Hirsch, les dossiers de l'AP-HP, Paris : Doin ; 1999. Annoncer une maladie grave, l'exemple du cancer*
- [84] **Thorwald J.** *Histoire de la médecine dans l'antiquité.* Édition Hachette; 1966.
- [85] **Grmek MD.** *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale.* Édition Payot; 1983.

- [86] **Hippocrate**. Le pronostic. 2006. [Site de L'antiquité grecque et latine de Remacle P, Renault P, Fournier FD, Murcia JP, Vebr T (traductions d'auteurs)].
- [87] **Étienne**. commentaires de Philippe Remacle sur Hippocrate, Le pronostic. Site de l'antiquité grecque et latine. Opus Cité;2006.
- [88] **Hippocrate**. De l'art. Site de l'antiquité grecque et latine. Opus Cité; 2006.
- [89] **Jacquart D**. Le difficile pronostic de mort (xive —xve siècles). *Médiévales* 2004;46:11—22, 2006.
- [90] **Christakis NA**. The ellipsis of prognosis in modern medical thought. *Soc Sci Med* 1997;44:301—15.
- [91] **Mackillop WJ, Quirt CF**. Measuring the accuracy of prognostic judgments in oncology. *J Clin Epidemiol* 1997;50:21—9.
- [92] **Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S**. The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 1999;7:128—33.
- [93] **Tamburini M, Brunelli C, Rosso S, Ventafridda V**. Prognostic value of quality of life scores in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:32—41.
- [94] **Lamont EB, Christakis NA**. Some elements of prognosis in terminal cancer. *Oncology* 1999;13:1165—70.
- [95] **Steensma DP, Loprinzi CL**. The art and science of prognosis in patients with advanced cancer. *Eur J Cancer* 2000;36: 2025—7.

- [96] **Gallay C.** Qualité de vie et chimiothérapie palliative. Mémoire  
DIU accompagnement et soins palliatifs. Montpellier; 2007. [14]  
Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctor's  
prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*  
2000;320:469—73.
- [97] **Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK, Jahnigen DW, Barton PL.**  
Information needs in terminal illness. *Soc Sci Med* 1999;48:  
1341—52.
- [98] **Christakis NA.** Prognostication and bioethics. *Daedalus*  
1999;128:197—214.
- [99] **Christakis NA, Iwashyna TJ.** Attitude and self-reported practice  
regarding prognostication in a national sample of internists. *Arch Intern*  
*Med* 1998;158:2389—95.
- [100] **Quirt CF, Mackillop WJ, Ginsburg AD, et al.** Do doctors know when  
their patients don't ? A survey of doctor—patient com-  
munication in lung cancer. *Lung Cancer* 1997;18:1—20.
- [101] **Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, et al.** Relationship between cancer  
patients' predictions of prognosis and their treatment preferences.  
*JAMA* 1998;279:1709—14.

- [102] **Matsuyama R, reddy S, Smith TJ.** Why do patients choose chemotherapy near the end of life ? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncology* 2006;24:3490—6.
- [103] **Jaunait A.** Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin—patient. *Raisons Pol* 2003;3:59—79.
- [104] **Ricoeur P.** *Soi-même comme un autre.* Éditions du seuil; 1990.
- [105] **Benezech JP.** *Reflexions sur pouvoir et éthique en soins palliatifs.* Mémoire DIU accompagnement et soins palliatifs. Montpellier 2006—2007.

## *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 عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
  - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
  - < وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في 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 بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
  - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .
- والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس  
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 211

سنة : 2012

## المعلومات الطبية الموجهة للمرضى المغاربة المصابين بالسرطان

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرف

**السيد: أنوار بوكير**

المزاد في: 17 أكتوبر 1985 بالرباط

طبيب داخلي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

### لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: المعلومات الطبية – السرطان – الأنكولوجيا الطبية – علاقة الطبيب بالمريض.

### تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

أعضاء

السيد: حسن الريحاني

أستاذ في الأنكولوجيا الطبية

السيد: حفيظ حشي

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة: إلهام الشامي

أستاذة في طب الأشعة

السيد: محمد إيشو

أستاذ في الأنكولوجيا الطبية