



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



Année : 2021

Thèse N° : 235

LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DANS LA CHIRURGIE DU CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le: / / 2021

PAR :

Madame Samia BOUCHANA

Née le 14 Novembre 1995 à Rabat

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Consentement éclairé - Gastrectomie - Cancer de l'estomac - Fiche
d'information

Membres du Jury :

Monsieur Mohamed ICHOU

Professeur en Oncologie Médicale

Monsieur Abdelmounaim AIT ALI

Professeur en Chirurgie Générale

Monsieur Hafid HACHI

Professeur en Chirurgie Générale

Monsieur Tarik MAHFOUD

Professeur en Oncologie Médicale

Monsieur Abderrahmane ELHJOUJI

Professeur en Chirurgie Générale

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ
الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة الآية 31

بسم الله الهادي الحكيم، والصلاة والسلام على مخرج
الناس من ظلمات الجهل إلى أنوار العلم والحكمة.
اللهم علّمنا ما ينفعنا وأنفعنا بما علمتنا وزدنا علماً.



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE RABAT

DOYENS HONORAIRES :

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

ADMINISTRATION:

Doyen :
Professeur Mohamed ADNAOUI

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

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

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

Secrétaire Général
Mr. Mohamed KARRA

*Enseignants Militaires

1. ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

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

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

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

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

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

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

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

des Orangers

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

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

Rabat

Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique

Décembre 1992

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

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

Mars 1994

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

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

de la FMFA

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

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

*Enseignants Militaires

Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*

Pr. BENTAHILA Abdelali

Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae

Pr. LAKHDAR Amina

Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane

Pr. AMRAOUI Mohamed

Pr. BAIDADA Abdelaziz

Pr. BARGACH Samir

Pr. EL MESNAOUI Abbes

Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila

ANDALOUSSI Ahmed

Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia

Pr. SEFIANI Abdelaziz

Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid

Pr. BOULANOUAR Abdelkrim

Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan

Pr. GAOUZI Ahmed

Pr. OUZEDDOUN Naima

Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Pr. BIROUK Nazha

Pr. FELLAT Nadia

Pr. KADDOURI Nouredine

Pr. KOUTANI Abdellatif

Pr. LAHLOU Mohamed Khalid

Pr. MAHRAOUI CHAFIQ

Pr. TOUFIQ Jallal

Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI

Pr. BOUGTAB Abdesslam

Pr. ER RIHANI Hassan

Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*

Pr. AIT OUAMAR Hassan

Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer

Pr. ECHARRAB El Mahjoub

Pr. EL FTOUH Mustapha

Dermatologie

Urologie [Inspecteur du SSM](#)

Pédiatrie

Traumatologie - Orthopédie

Ophtalmologie

Gynécologie Obstétrique

Pédiatrie

Réanimation Médicale

Chirurgie Générale

Gynécologie Obstétrique

Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Générale

Oto-Rhino-Laryngologie Pr. IBEN ATTYA

Urologie

Ophtalmologie

Génétique

Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Néphrologie

Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

Gynécologie-Obstétrique

Neurologie

Cardiologie

Chirurgie Pédiatrique

Urologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

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

Gynécologie Obstétrique

Neurologie [Doyen de la FM Abulcassis](#)

Chirurgie Générale

Oncologie Médicale

Hématologie

Pneumo-phtisiologie

Pédiatrie

Pédiatrie

Pneumo-phtisiologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Pneumo-phtisiologie

*Enseignants Militaires

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

Novembre 2000

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

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA
Ahmed*

Rhumatologie
Pr. BOUCHIKHI IDRIS Med
Larbi

Anatomie
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik

Rabat

Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said

(Cheikh Khalifa)

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

Acad. Est.

Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAAH Farid

Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

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

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie

Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique **Directeur Hôp. Des Enfants**

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

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

Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale

*Enseignants Militaires

Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

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

Janvier 2004

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

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina

Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

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

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

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie **Directeur Hôp. Al Ayachi Salé**
Pédiatrie

*Enseignants Militaires

Pr. BENYASS Aatif*
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

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

Ibn Sina Marr.

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

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual*
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima

Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

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

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

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie

*Enseignants Militaires

Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. Tligui Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

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

Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Biochimie-chimie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

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

*Enseignants Militaires

Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

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

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI

Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
Médecine Interne **Directeur ERSSM**
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

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

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

*Enseignants Militaires

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

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr. BENCHAKROUN Mohammed*
 Pr. BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss*
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*
 Pr. HARDIZI Houyam

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

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique

*Enseignants Militaires

Pr. HASSANI Amale*
Pr. HERRAK Laila
Pr. JEALDI Anass*
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. MAKRAM Sanaa*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

DECEMBRE 2014

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

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

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

JUIN 2017

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

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa

Pédiatrie
Pneumologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Pharmacologie
CCV
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

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

Dermatologie
Rhumatologie

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

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

Médecine interne

*Enseignants Militaires

Pr. BENTALHA Aziza
 Pr. EL AHMADI Brahim
 Pr. EL HARRECH Youness*
 Pr. EL KACEMI Hanan
 Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
 Pr. FATIHI Jamal*
 Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
 Pr. JROUNDI Imane
 Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
 Pr. TADILI Sidi Jawad
 Pr. TANZ Rachid*

NOVEMBRE 2018

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

NOVEMBRE 2019

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

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

Anatomie
 Microbiologie
 Histologie-Embryologie-Cytogénétique

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

*Enseignants Militaires

Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
Pr. SAOUAB RACHIDA*
Pr. SBITTI YASSIR*
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD*

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

2. ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

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

PROFESSEURS HABILITES :

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

Mise à jour le 05/03/2021
KHALED Abdellah
Chef du Service des Ressources Humaines
FMPR

*Enseignants Militaires



DEDICACES

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

*Louanges et remerciements pour sa clémence et sa
miséricorde.*

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

l'amour, le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que je dédie cette thèse :

A ma très chère mère,

Qui m'a donné naissance puis veillé sur mon éducation et mon bien être avec amour, tendresse, dévouement et perfection.

Tu étais toujours mon refuge qui me prodigue sérénité, soutien et conseil.

Je ne te remercierai jamais assez pour tes sacrifices, pour tout ce que tu as fait et ce que tu continues à faire pour moi et pour nous.

A toi, je dédie ce travail en gage de mon amour et mon respect les plus profonds. Puisse Dieu te préserver et faire de moi une fille à la hauteur de ton espérance.

Puisse Dieu tout puissant t'accorder longue vie, santé et bonheur pour que notre vie soit illuminée pour toujours.

A mon très cher père,

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être.

Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours.

J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué.

Que dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

Je vous dois ce que je suis aujourd'hui. Sans vous, je ne suis rien, mais grâce à vous je deviens médecin.

A mes chers frères Yassine et Anas, A ma chère belle-sœur Kenza,

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.

Vous avez toujours été là pour moi, à partager les moments les plus difficiles, mais aussi les plus joyeux.

Veillez trouver dans ce travail le fruit de votre dévouement, l'expression de ma gratitude et mon profond amour.

Puisse Dieu vous préserver des malheurs de la vie, vous procurer longue vie et réaliser tous vos rêves.

J'espère que vous soyez aujourd'hui fiers de moi. Moi je suis très fière de vous.

A ma chère cousine Yousra,

En plus d'être la sœur que la vie a oublié de me donner, tu es aussi mon amie et mon soutien.

En souvenir des moments inoubliables qu'on a passés ensemble, je te dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection.

Je prie Dieu de bien nous garder unies.

Je te souhaite une vie pavée de succès, d'amour, et de bonheur auprès de ton époux.

A la mémoire de ma chère grand-mère Fatima,

Tu es partie trop tôt, avant de voir tes petits déployer les ailes.

Tu nous a cependant légué un héritage d'une valeur inestimable : ce sont tes vertus et tes qualités.

Tu voulais le bien pour tout le monde et tu te négligeais souvent pour les autres. Peut-être que ton cœur était beaucoup trop bon pour ce bas monde.

Tu m'accompagnais toujours par tes prières, ta douceur et ta sagesse.

J'aurai tant aimé que tu sois là. Je te dédie aujourd'hui ma réussite.

Que ton âme repose en paix Melalla. Que Dieu t'accueille en sa sainte miséricorde et t'ouvre les portes de son paradis.

A ma chère grand-mère Sfia,

Grand dame courageuse et volontaire, exemple de persévérance et de modestie.

Que ce travail soit l'expression des vœux que tu ne cesses de formuler dans tes prières.

Puisse Dieu te prêter une longue vie, pleine de santé et de bonheur.

A la mémoire de mes deux chers grands-pères,

Vos sages paroles raisonneront toujours en moi. Vous resterez éternellement dans nos cœurs.

Puisse Dieu vous accorder sa clémence, qu'il vous couvre de sa sainte miséricorde et vous accueille dans son saint paradis.

A tous mes chers oncles et leurs épouses,

Et chères tantes et leurs époux,

Merci pour votre présence inconditionnelle à mes côtés, pour la chaleur familiale que vous me procurez et votre confiance en moi.

Je vous remercie pour vos encouragements et votre soutien.

Puisse ce travail être le témoin de ma profonde affection et de mon respect.

Que dieu vous protège et vous procure santé, bonheur et longue vie.

A tous mes chers cousins et cousines,

Pour tous les forts moments que nous avons passés ensemble et les chaleureuses retrouvailles.

Veuillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et mon grand attachement.

Puisse le bon Dieu vous procurer santé et quiétude, et vous aider à réaliser tous vos rêves les plus ambitieux.

A toute ma grande famille,

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération.

J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux.

Tous mes vœux de bonheur et de santé.

A tous mes chers ami(e)s,

*A tous les moments que nous avons passés ensemble à la fac, à l'hôpital
et ailleurs, à tous nos souvenirs !*

*Je vous souhaite à tous une longue vie pleine de bonheur et de
prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma
reconnaissance et de mon respect.*

**A toute la promotion de médecine 2013 de la
FMPR,**

*A tous mes amis avec qui j'ai partagé les bancs de l'amphi,
Je vous souhaite le meilleur tant sur le plan personnel que professionnel.*

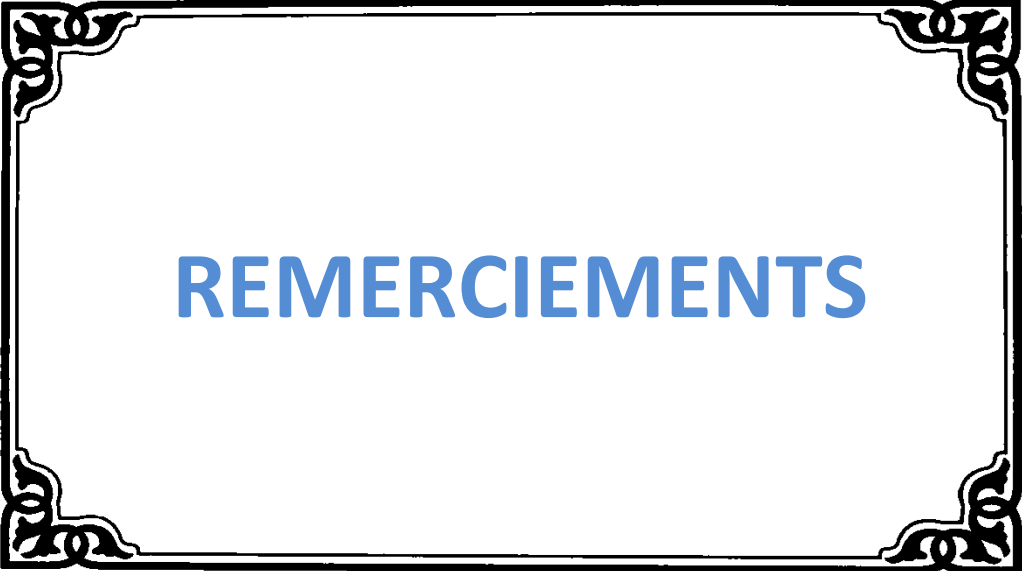
*A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis
involontairement de citer.*

*A Tous Mes enseignants tout au long de mes études.
A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration
de ce travail.*

A tous ceux qui vont feuilleter un jour ce travail.

*A tous ceux qui ont pour mission cette noble tâche de soulager
l'être humain, d'essayer de lui procurer le bien-être physique,
psychique et social.*

*À toutes les personnes malades et qui souffrent, que dieu nous
aide à apaiser vos souffrance, que dieu vous garde et vos
accorde des jours meilleurs.*



REMERCIEMENTS

***A notre maitre et président de thèse
Monsieur le Professeur Mohamed ICHOU
Professeur en Oncologie Médicale***

*Vous m'avez fait un très grand honneur en acceptant de
présider le jury de ma thèse.*

*Je vous remercie de l'amabilité de votre accueil et de l'intérêt
que vous avez accordé à ce travail.*

*Je vous prie d'accepter, cher maître, le témoignage de ma
profonde estime et de ma grande admiration.*

***A notre maître et rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Abdelmounaim AIT
ALI
Professeur en Chirurgie Générale.***

C'était un grand honneur de travailler sous votre précieux encadrement, et de m'avoir confié ce sujet unique et très pertinent. J'espère avoir été à la hauteur de vos attentes.

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré, et pour votre accueil et disponibilité à chaque instant.

Votre sérieux, votre sympathie, votre modestie, votre honnêteté ainsi que toutes vos qualités humaines et scientifiques m'ont profondément marquées et seront toujours pour moi un exemple à suivre.

Permettez-moi Professeur de vous exprimer l'expression de ma haute considération, ma profonde reconnaissance et sincère gratitude.

***A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur Hafid HACHI
Professeur en Chirurgie Générale***

*Je suis très touchée par la spontanéité avec laquelle vous avez
accepté de juger mon travail.*

*C'est un grand honneur pour moi de vous voir parmi mon jury
de thèse.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma
respectueuse considération et de ma profonde admiration pour
votre compétence qui n'a d'égal que votre gentillesse.*

A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur Tarik MAHFOUD
Professeur en Oncologie Médicale

*Vous avez accepté avec grande amabilité de juger ce travail. Je
suis très heureuse de l'honneur que vous me faites en acceptant
de siéger parmi le jury.*

*Veuillez croire en l'expression de ma grande considération et
mon profond respect.*

***A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur Abderrahmane
ELHJOUJI
Professeur en Chirurgie Générale***

*Je vous présente mes vifs remerciements pour le grand honneur
que vous me faites en acceptant de juger ce travail.*

*Je vous prie d'accepter, cher maître, l'assurance de mon estime et
profond respect.*



LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1: Situation de l'estomac	6
Figure 2: Schéma montrant les moyens de fixité de l'estomac (face antérieure)	8
Figure 3: Vascularisation de l'estomac	11
Figure 4: Lymphatiques de l'estomac	13
Figure 5: Schéma physio-pathogénique de l'implication de H.pylori dans le cancer gastrique	17
Figure 6: : Diagramme de la classification de Bormann	20
Figure 7: Endoscopie oesogastroduodénale : Tumeur bourgeonnante et ulcérée de la petite courbure antrale	25
Figure 8: Image d'écho-endoscopie qui montre la perte de l'alternance bandes hypo/hyperéchogènes à cause du cancer gastrique.....	27
Figure 9: Algorithme du bilan pré-thérapeutique d'un adénocarcinome gastrique	30
Figure 10: Principes de la gastrectomie subtotale	36
Figure 11: Gastrectomie totale.....	37
Figure 12: Rétablissement de la continuité digestive : gastrectomie 4/5	39
Figure 13: Rétablissement de la continuité digestive : gastrectomie totale.....	40
Figure 14: Indications du traitement du cancer de l'estomac.....	52

Liste des tableaux

Tableau 1: Classification Tumor-Node-Metastasis (TNM) des cancers de l'estomac.....	22
---	----



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : LE CANCER DE L'ESTOMAC.....	5
I. Rappel anatomique :.....	6
1. Anatomie descriptive	6
2. Moyens de fixité :	8
3. Rapports :	8
4. Vascularisation :.....	10
4.1. Les artères	10
4.2. Les veines	12
4.3. Les lymphatiques.....	12
4.4. Innervation	13
II. Epidémiologie	15
1. Incidence :	15
2. Facteurs de risque :	16
3. Lésions et états précancéreux :	18
III. Anatomopathologie	19
1. Macroscopie :.....	19
2. Microscopie.....	20
2.1. Classification de Lauren :	20
2.2. Classification OMS :	21
2.3. Classification TNM :	21
3. Formes histologiques particulières de l'adénocarcinome :	22
3.1. Le cancer superficiel :	22
3.2. Linite gastrique :	23
4. Autres formes histologiques	23
IV. Diagnostic du cancer gastrique	24
1. Manifestations cliniques :	24
2. Démarche diagnostique :	25
3. Démarche pré thérapeutique :	26

3.1. Bilan d'extension :	26
3.2. Bilan pré-thérapeutique :	28
3.2.1. Comorbidités :	28
3.2.2. Facteurs pronostiques :	29
4. Oncogénétique :	29
V. Démarche thérapeutique	30
1. Réunion de concertation pluridisciplinaire RCP :	31
2. Traitement chirurgical du cancer d'estomac :	31
2.1. Principe de la chirurgie oncologique :	31
2.2. Définition des gastrectomies oncologiques :	32
2.3. Contre-indications chirurgicales :	33
2.4. Voies d'abord :	33
2.5. Chirurgie curative	34
2.5.1. Exploration per-opératoire :	34
2.5.2. Indications des types de résection selon le siège et type de la tumeur :	34
2.5.3. La gastrectomie subtotale des 4/5 èmes :	35
2.5.4. La gastrectomie totale :	36
2.5.5. La gastrectomie totale élargie :	37
2.5.6. Cas de cancer sur moignon de gastrectomie :	38
2.5.7. En cas de métastase hépatique :	38
2.5.8. Le rétablissement de continuité :	38
2.5.8.1. Rétablissement de continuité en cas de gastrectomie subtotale :	39
2.5.8.2. Rétablissement de continuité en cas de gastrectomie totale :	40
2.5.9. Curage ganglionnaire :	40
2.5.10. Qualité de l'exérèse :	42
2.6. Chirurgie palliative :	43
2.6.1. Les gastrectomies :	43
2.6.2. Dérivations internes :	44
2.6.2.1. Dérivations digestives :	44
2.6.2.2. Dérivations biliaires :	45

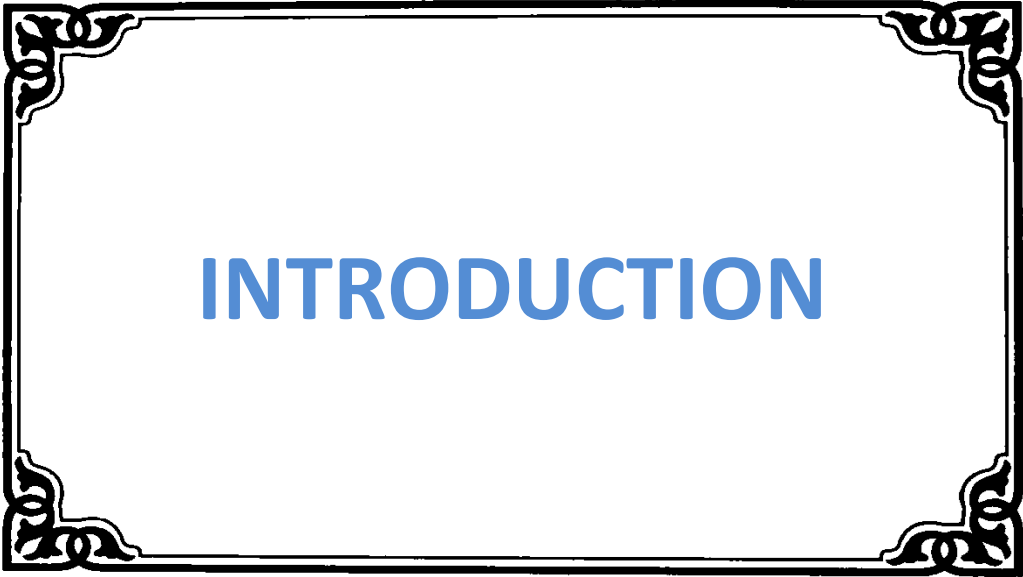
2.7. Laparotomie ou Laparoscopie ?	46
2.7.1. Avantages de la laparoscopie :	46
2.7.2. Inconvénients de la laparoscopie :	47
2.7.3. Comparaison :	47
3. Traitement endoscopique	48
4. Traitement médical :	49
4.1. Chimiothérapie systémique :	49
4.2. Chimiothérapie intra-péritonéale :	50
4.3. Radiothérapie :	51
4.4. Radio-chimiothérapie :	51
4.5. Thérapie ciblée :	52
VI. Complications opératoires.....	53
1. Accidents peropératoires :	53
1.1. Hémorragie peropératoire :	53
1.2. Lésions biliaires et pancréatiques :	53
1.3. Nécroses digestives :	53
1.4. Accidents peropératoires propres à la voie laparoscopique :	54
2. Complications post-opératoires précoces :	54
2.1. Hémorragie intra-péritonéale :	54
2.2. Hémorragies digestives :	55
2.3. Fistules digestives :	55
2.4. Abscesses postopératoires :	55
2.5. Péritonite aigue postopératoire :	56
2.6. Eviscération postopératoire :	56
2.7. Pancréatite postopératoire :	56
2.8. Ecoulements lymphatiques :	56
2.9. Ischémies postopératoires :	57
3. Complications postopératoires non spécifiques :	57
3.1. Mortalité postopératoire :	57
3.2. Phlébites :	57

3.3. Complications infectieuses :.....	58
4. Conséquences fonctionnelles de la gastrectomie :.....	59
4.1. Syndrome du petit estomac :	59
4.2. Dumping syndrome :.....	59
4.3. Des troubles de glycorégulation :.....	59
4.4. Syndrome de l'anse afférente :.....	60
4.5. Un reflux alcalin biliopancréatique	60
4.6. Diarrhée	60
4.7. Mesures hygiéno-diététiques.....	61
5. Retentissement général :	61
VII. Suivi postopératoire et surveillance :.....	62
1. Prise en charge postopératoire	62
2. Durée d'hospitalisation :.....	63
3. Suivi et surveillance :.....	63
VIII. Pronostic :.....	64
1. Les facteurs de bon pronostic	65
2. Les facteurs de mauvais pronostic	65
CHAPITRE II : INFORMATION ET CONSENTEMENT	66
I. Relation médecin-malade :.....	67
1. Problématique :	67
2. Evolution de la relation vers une responsabilisation du patient :.....	68
3. Communication dans la relation médecin-malade :.....	70
4. Pacte de confiance et aide à la prise de décision :	71
II. Bases générales sur l'information en santé :.....	72
1. Caractéristiques de l'information :.....	73
2. Contenu de l'information.....	73
3. Véhicules de l'information :	74
4. L'information en cas d'intervention de plusieurs professionnels de santé :.....	75
5. L'importance de la traçabilité de l'information :.....	75

6. Charge de la preuve :	76
7. Droit d'être informé ou devoir d'informer ?	76
8. Conséquences du défaut d'information :	77
III. Le Consentement aux soins :	77
1. Le consentement en tant que vecteur d'évolution dans la relation médicale.....	78
2. Autonomie du patient : du concept à la réalité	79
3. Consentement libre et éclairé :	81
4. Traçabilité répétée du consentement :	82
5. Aspect particulier du consentement : le refus des soins :	83
IV. De l'information/consentement à la prise de décision partagée :	84
V. Les exceptions du droit d'information et de consentement :	86
1. L'urgence :	86
2. Le patient ne voulant pas recevoir l'information :	87
3. Cas des patients particuliers :	87
3.1. L'incapacité à consentir :	88
3.2. Le mineur :	88
3.3. Le majeur sous tutelle :	89
3.4. Le patient hors d'état d'exprimer sa volonté :	89
3.4.1. Les directives anticipées :	90
3.4.2. La personne de confiance :	90
3.4.3. Hiérarchie des modalités de consentement :	91
VI. Information/consentement dans les lois et codes de déontologie médicale :	91
1. Canada :	92
2. Espagne :	93
3. Belgique :	93
4. France :	94
5. Au Maroc :	96
5.1. L'information du malade :	96
5.2. Consentement :	97

CHAPITRE III : CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LA CHIRURGIE DU CANCER DE L'ESTOMAC	98
I. Information et consentement du malade cancéreux :.....	99
1. Particularités du cancer :.....	99
2. Aspects psychologiques, éthiques et sociaux :	100
2.1. Aspects psychologiques :	100
2.2. Aspects éthiques :.....	101
2.2.1. Valeurs et principes éthiques :.....	101
2.2.2. L'entretien médecin-patient :	102
2.2.3. Le choix des thérapeutiques :	102
2.3. Aspects sociaux :.....	103
3. Le dévoilement du diagnostic de cancer :.....	103
3.1. Dire la vérité aux malades :.....	104
3.2. Les conditions de l'annonce : la « bonne manière » d'annoncer un cancer	107
3.3. Etapes de l'annonce :.....	108
3.4. Annonce aux proches :	109
3.5. Contenu de l'annonce marqué par l'incertitude :	110
II. Le consentement éclairé : démarche indispensable	113
1. Consentement = consensus :.....	113
2. Consentement = acceptation	114
3. Prise de décision : promouvoir l'autonomie du patient cancéreux	115
4. Le refus des soins chez le malade cancéreux :.....	117
III. Information et consentement en chirurgie : cas du cancer de l'estomac.....	121
1. Contenu de l'information en chirurgie :.....	122
2. Risque chirurgical :.....	123
3. Risque anesthésique :.....	126
4. Déroulement de la consultation de chirurgie:	127
5. Difficultés du transfert d'information en vue d'un consentement éclairé :	128
IV. La Brochure / Fiche d'information et de Consentement :.....	129
1. Fiche d'information	129

1.1. Pourquoi ces fiches ?	131
1.2. Désir et besoin des patients d'information médicale écrite :	132
1.3. Impact des fiches d'information patients :	133
1.3.1. Impact sur les connaissances et la compréhension :	133
1.3.2. Impact sur les modifications de comportements :	133
1.4. Critères de qualité d'une fiche d'information :	134
2. La Fiche de consentement :	136
2.1. Pourquoi cette fiche ?	137
2.2. Contenu d'un formulaire de consentement :	139
2.2.1. Rédaction simple et succincte :	139
2.2.2. Identification et attestation des explications.....	140
2.2.3. Actes médicaux supplémentaires ou substitutifs	140
2.2.4. Signatures	141
2.3. Notes dans le dossier médical	142
FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA CHIRURGIE DU CANCER DE L'ESTOMAC.....	144
CONCLUSION.....	168
RESUME.....	170
LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	174



INTRODUCTION

Dans le domaine médical, les relations entre patients et médecins ont toujours été dominées par le principe hippocratique de bienfaisance, selon lequel le médecin considère en premier lieu le bien et l'intérêt du malade. Il en résulte une certaine «autorité morale» du médecin, qui a le droit de taire certaines informations qu'il juge potentiellement délétères pour son patient.

De nos jours, la relation médicale glisse du modèle paternaliste, sur lequel se fonde le principe de bienfaisance, vers un modèle plus respectueux des droits des individus, battant en brèche le postulat selon lequel le patient se soumettait à l'expertise du médecin. Ce dernier est désormais tenu de procurer des soins adaptés après avoir informé le patient et recueilli son consentement libre et éclairé.

Cette évolution est surtout liée au changement de la mentalité des patients, qui, dans un monde médiatisé, demandent et reçoivent des informations sans cesse plus nombreuses et plus précises ; la demande est devenue très forte et parfois très pressante ; lorsqu'il s'agit d'eux-mêmes, de leur corps, les patients souhaitent légitimement connaître en des termes accessibles, les raisons d'une intervention, son déroulement et ses conséquences, afin de pouvoir, à travers leur consentement, participer à la décision.

Le devoir d'information du médecin présente un double aspect : il lui impose d'aviser son patient, d'une part, de l'affection dont il souffre et de l'évolution prévisible de sa maladie, d'autre part, des soins préconisés et des risques inhérents à ces soins. Le but de cette information duale est de permettre au malade de faire un choix quant à son acceptation ou refus du traitement proposé.

En effet, que le médecin soit libéral ou praticien hospitalier, il est tenu aux mêmes règles éthiques et déontologiques, à savoir respecter la volonté du patient. Ce dernier doit avoir été informé et mis en mesure d'exprimer un consentement libre et éclairé. Par conséquent, une relation bilatérale s'établit entre le patient et le médecin dans le but d'une intervention thérapeutique. Le consentement serait alors davantage un fait juridique qui conditionne la réalisation d'un contrat de soin, acte juridique à effet thérapeutique.

Dans certains pays, la loi reconnaît aux patients ce droit d'être clairement et totalement informés et celui d'accepter ou de refuser les examens ou les traitements qui leur sont proposés,

tandis qu'au Maroc la législation est encore loin derrière.

Si la conception d'un individu « acteur de sa santé » et les approches mettant au centre de la prise en charge des sujets informés et associés aux décisions traversent l'ensemble de la société, force est de constater que le cancer est un terrain particulièrement intéressant pour les étudier.

Le cancer est la maladie la plus redoutée dans notre société. Encore de nos jours, l'évocation du mot « cancer » provoque crainte et peur chez une majorité de personnes. Ainsi recevoir un diagnostic de cancer est sans nul doute un des événements les plus traumatisants dans la vie d'une personne et de ses proches, et l'annoncer est une des tâches les plus difficiles à accomplir pour les médecins.

Le parcours de soins du patient atteint de cancer représente un contexte de prise en charge unique, jalonné de différents rendez-vous de consultations avec plusieurs professionnels de santé, au cours desquels le patient va présenter des niveaux élevés d'incertitude, d'anxiété, de frustration et de vulnérabilité. La personne malade devra faire face, avec ses proches, à des informations médicales complexes pour comprendre la maladie et le déroulement des traitements, participer à des décisions thérapeutiques difficiles, et gérer des conséquences physiques et émotionnelles pendant et après la phase active des traitements.

Si les progrès des traitements du cancer et du dépistage précoce permettent un plus fort taux de survie, le cancer de l'estomac reste une pathologie grave engageant le pronostic vital. Sa prise en charge nécessite des traitements lourds et destructeurs tant sur le corps que dans la vie quotidienne de la personne touchée.

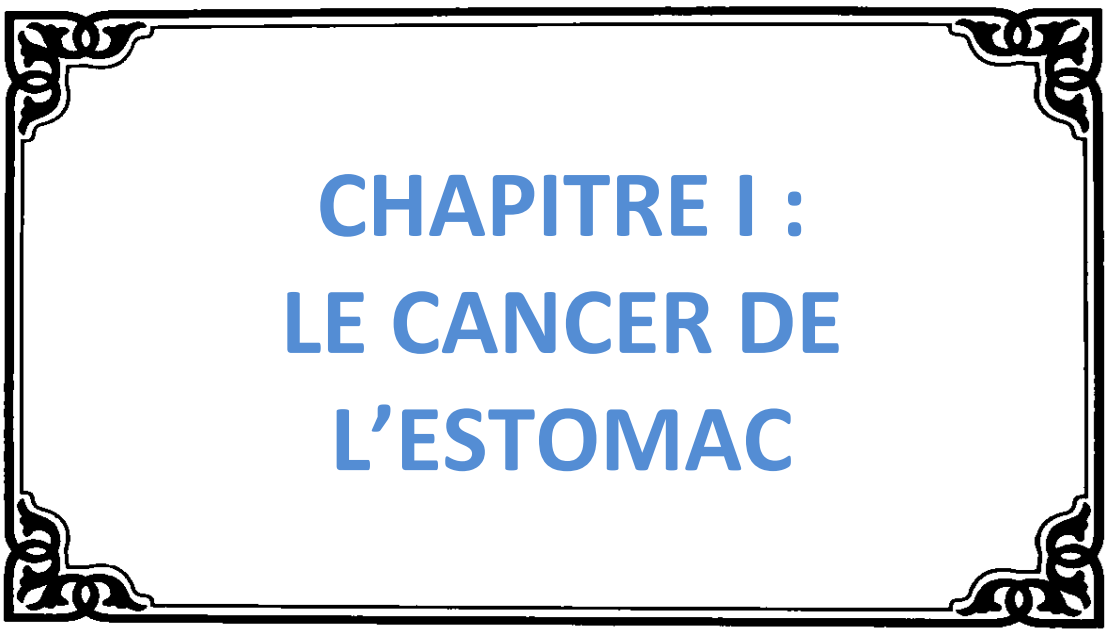
La chirurgie du cancer de l'estomac propose des procédures instrumentales complexes, parfois en plusieurs temps, voire associées à d'autres thérapeutiques, qui interrogent le patient et son entourage et lui font perdre souvent la lisibilité de la stratégie thérapeutique. L'information des patients sur la maladie et les différents aspects de sa prise en charge ainsi que les risques probables de la chirurgie, est devenue une dimension essentielle de la qualité des soins des personnes atteintes d'un cancer.

Or, même si parfois les médecins ont l'impression d'avoir été clair dans la divulgation des informations médicales, les personnes malades n'en perçoivent pas toujours correctement la teneur, notamment sur la gravité de la maladie et le but des traitements [21 maladie incurable]. D'ici naît l'importance d'introduire un support éducatif écrit en complément de l'explication orale, qui sera délivré par le chirurgien lors de la consultation et pourrait être utilisé par le patient comme un outil auquel il pourrait se référer à souhait.

Cependant, le domaine de la chirurgie oncologique est caractérisé par de multiples schémas thérapeutiques, associés à un langage technique spécialisé difficile à appréhender pour des patients à faible niveau d'alphabétisation, alors que ceux-ci représentent la majorité de la population des hôpitaux publics.

Pour consentir, il faut d'abord que le patient comprenne. Et c'est seulement à partir du moment où il aurait assimilé toutes les données de l'information, que son consentement éclairé pourrait avoir une valeur. Il est donc nécessaire que l'information écrite soit de bonne qualité. En plus d'être loyale et exhaustive, elle doit être adaptée aux besoins des patients et à leur compréhension.

L'objectif de ce travail consiste en l'élaboration d'une fiche d'information et de consentement adaptée au contexte marocain, afin de garantir une information loyale, claire et appropriée sur la prise en charge chirurgicale du cancer de l'estomac et permettre le recueil d'un consentement éclairé probant.



CHAPITRE I : LE CANCER DE L'ESTOMAC

I. Rappel anatomique :

1. Anatomie descriptive

L'estomac est la portion dilatée du tractus digestif entre l'œsophage et l'intestin grêle. Il est spécialisé dans l'accumulation des aliments ingérés qui y sont préparés chimiquement et mécaniquement à la digestion et au passage dans le duodénum. [1]

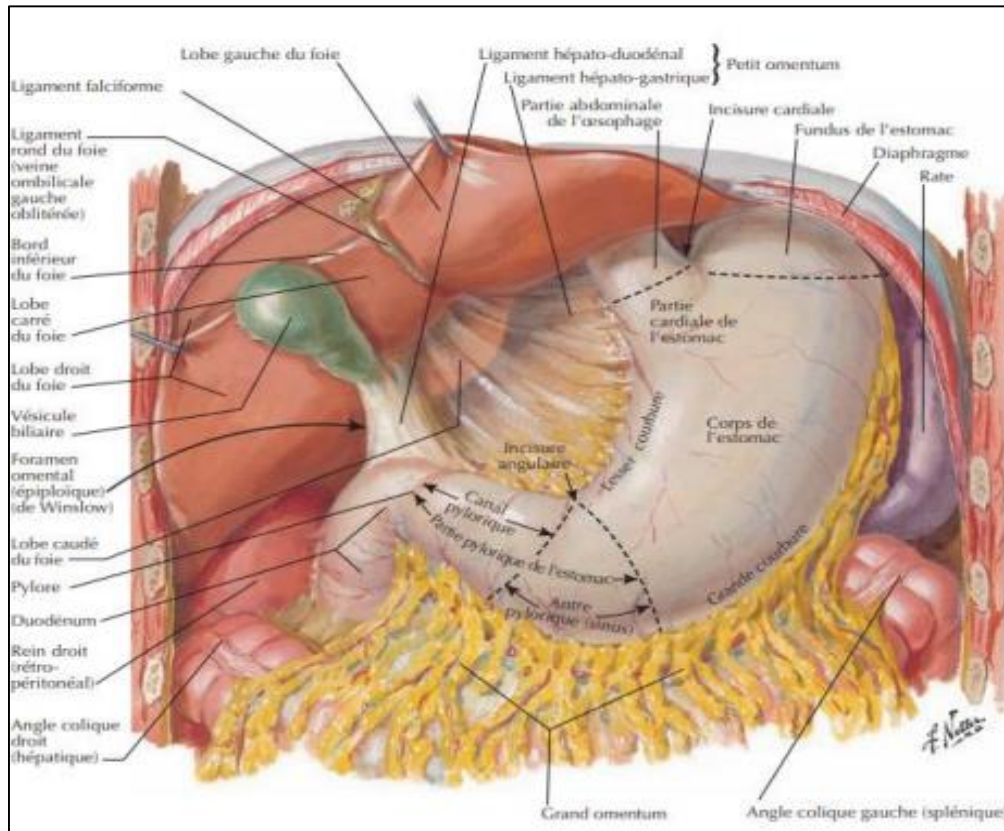


Figure 1: Situation de l'estomac [2]

C'est un organe de l'étage sus mésocolique, thoraco-abdominal occupant la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche se projetant sur l'hypochondre gauche et l'épigastre.

L'estomac comprend quatre parties :

–Le cardia : c'est la partie de l'estomac qui entoure l'orifice du cardia.

–Le fundus : (ou poche à air des radiologues) est la portion supérieure dilatée de

l'estomac, en rapport avec la coupole gauche du diaphragme. Le sommet du fundus atteint le niveau du 5e espace inter costal. Il est séparé de l'œsophage par l'incisure cardiale ou angle de His.

- Le corps : est la partie de l'estomac comprise entre le fundus et l'antrum pylorique.

- La partie pylorique : conformée en entonnoir. Elle se compose d'une portion élargie, l'antrum pylorique, qui débouche dans une portion rétrécie, le canal pylorique. Le pylore correspond à la région sphinctérienne, distale de la partie pylorique ; sa paroi épaissie forme le sphincter pylorique qui contrôle le passage du contenu de l'estomac vers le duodénum, par l'orifice pylorique.

L'estomac présente également deux courbures :

- La petite courbure : bord concave, le plus court de l'estomac ; l'incisure angulaire est l'indentation profonde, aux environs des deux tiers de sa longueur, qui marque la jonction entre le corps et la partie pylorique de l'estomac

- La grande courbure : forme le long bord convexe de l'estomac. [1]

Morphologie interne :

La paroi de l'estomac est épaisse de 5 mm. Elle comporte de dedans en dehors :

- une muqueuse glandulaire rosée plissée,

- une sous-muqueuse,

- une musculature, comprenant 3 couches de fibres musculaires lisses : oblique interne, circulaire moyenne et longitudinale externe.

- L'ensemble est recouvert d'une séreuse (péritoine viscéral).

2. Moyens de fixité : [3]

L'estomac est fixé par :

- La continuité avec l'œsophage abdominal lui-même amarrée au diaphragme
- L'adhérence de la face postérieure du fundus au diaphragme : par le ligament gastro-phrénique
- Les lames péritonéales tendues de l'estomac aux organes voisins :
 - Ligament gastro-hépatique
 - Le ligament gastro-colique
 - Le ligament gastro-splénique
- Les vaisseaux de l'estomac soulevant des replis péritonéaux : faux vasculaires.

3. Rapports : [5]

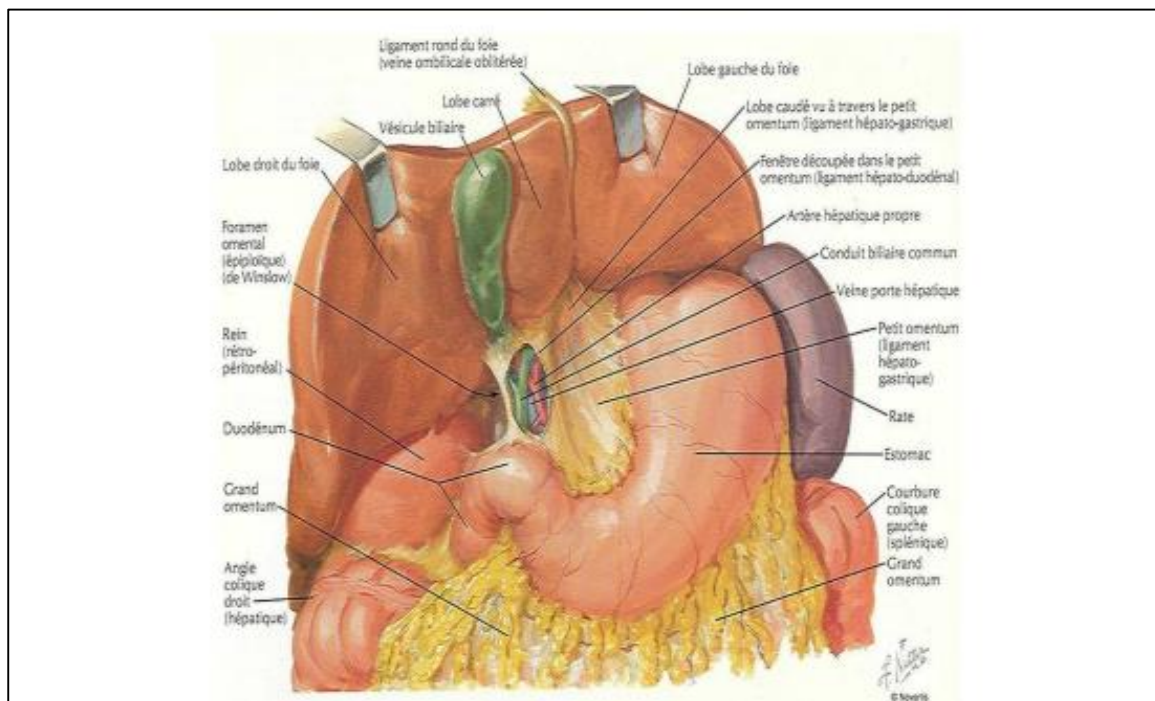


Figure 2: Schéma montrant les moyens de fixité de l'estomac (face antérieure) [4]

L'estomac est un organe thoraco-abdominal qui présente : 2 faces (antérieure et postérieure), 2 bords (grande et petite courbures) et 2 orifices (cardia et pylore).

La face antérieure :

- La face antérieure du fundus répond au lobe gauche du foie et à son appendice fibreux.
- La face antérieure du corps répond, par l'intermédiaire du diaphragme, au récessus pleural costo-diaphragmatique gauche et au poumon gauche. C'est une zone d'hypersonorité à la percussion (espace de Traube).
- La face antérieure de la partie pylorique répond directement à la paroi abdominale. C'est la région« palpable » de l'estomac.

La face postérieure :

- Elle est croisée par la racine du mésocôlon transverse .
- La face postérieure du fundus est unie au diaphragme par le ligament gastro-phrénique.
 - La partie supramésocolique répond, par l'intermédiaire de la bourse omentale, de haut en bas, au pilier gauche du diaphragme, la capsule surrénale et au rein gauche, au corps et à la queue du pancréas, et aux vaisseaux spléniques.
 - La partie inframésocolique répond, par l'intermédiaire du récessus omental inférieur, à l'angle duodénojéjunal et aux premières anses grêles.
- C'est la voie d'abord directe des anastomoses chirurgicales entre l'estomac et le jéjunum à travers le mésocôlon transverse.

Les courbures :

- La petite courbure : elle est unie au foie par le ligament gastro-hépatique.
- La grande courbure : répond de haut en bas au diaphragme, au hile de la rate et au côlon transverse.

Les extrémités :

–Le cardia : il répond en arrière au pilier gauche du diaphragme, et en avant au lobe gauche du foie. Le chirurgien est obligé de récliner le lobe gauche du foie lors de l'abord de la région.

–Le pylore : sa face antérieure est recouverte par le lobe carré du foie. Sa face postérieure répond au pancréas par l'intermédiaire de la bourse omentale.

4. Vascularisation :

4.1. Les artères

Les artères de l'estomac proviennent des branches du tronc coeliaque.

L'artère gastrique gauche :

C'est une branche collatérale ou terminale du tronc coeliaque (90 % environ). Elle est d'abord ascendante et rétropéritonéale, sous-tendant le pli gastro-pancréatique. Puis elle s'incurve vers le cardia pour descendre le long de la petite courbure.

Elle se termine en deux branches, antérieure et postérieure, qui s'anastomosent avec les branches homologues de l'artère gastrique droite.

Elle donne des rameaux œsophagiens et l'artère hépatique accessoire gauche.

Variations : elle peut naître de l'aorte, ou de l'artère splénique, ou de l'artère hépatique.

L'artère gastrique droite :

Branche collatérale de l'artère hépatique propre (50 % environ), elle se dirige vers le pylore et donne deux branches, antérieure et postérieure, qui s'anastomosent avec les branches homologues de la gastrique gauche.

Variations : elle peut naître de l'artère hépatique commune, de la branche droite ou gauche, ou de la bifurcation de l'artère hépatique propre.

Les artères gastro-omentalles :

L'artère gastro-omental gauche, branche de l'artère splénique, et l'artère gastro-omental droite, branche terminale de l'artère gastro-duodénale s'anastomosent le long de la grande courbure de l'estomac. Elles donnent des branches gastriques et les artères omementales qui descendent dans le grand omentum.

Les artères courtes de l'estomac

Elles naissent de l'artère splénique et parfois de l'artère gastro-omental gauche. Elles montent vers le fundus.

L'artère gastrique postérieure :

Elle naît de l'artère splénique pour se rendre à la face postérieure de l'estomac.

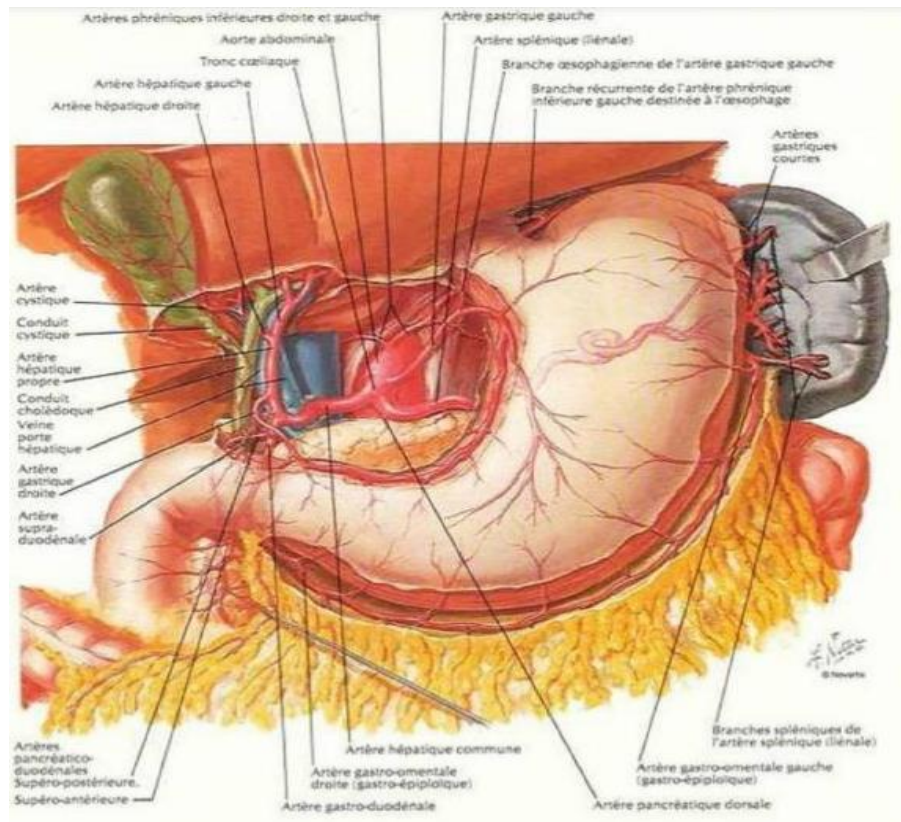


Figure 3: Vascularisation de l'estomac [6]

4.2. Les veines

Les veines, satellites des artères, se drainent, in fine, dans la veine porte.

–Les veines gastriques gauche et droite se drainent directement dans le tronc porte.

–Les veines courtes du fundus et la veine gastro-omental gauche se collectent dans la veine splénique ou liénale.

–La veine gastro-omental droite qui collecte la veine prépylorique et les veines de la grande courbure se drainent dans la veine mésentérique supérieure.

4.3. Les lymphatiques

On distingue trois territoires lymphatiques principaux, gastrique gauche, splénique et hépatique.

Le territoire gastrique gauche : est constitué des deux tiers supérieurs de la petite courbure de l'estomac, et du cardia. Ce territoire est drainé par les Lymphonœuds gastriques gauches.

Le territoire splénique : comprend le fundus et quelques centimètres adjacents de la grande courbure de l'estomac. Il est drainé par les Lymphonœuds spléniques.

Le territoire hépatique : vaste, comprend la partie pylorique, le tiers inférieur de la petite courbure de l'estomac et les deux tiers inférieurs de la grande courbure de l'estomac. Il se draine dans :

- les lymphonœuds gastro-épiploïques et rétroduodénaux qui rejoignent les nœuds suprapyloriques, puis les lymphonœuds hépatiques;
- les Lymphonœuds gastriques droits qui rejoignent les Lymphonœuds hépatiques.d) Les Lymphonœuds cœliaques constituent le lymphocentre final de l'estomac. Le drainage de ce Lymphocentre par le conduit thoracique explique l'atteinte des Lymphonœuds supraclaviculaires gauches dans le cancer de l'estomac (signe de Troisier).

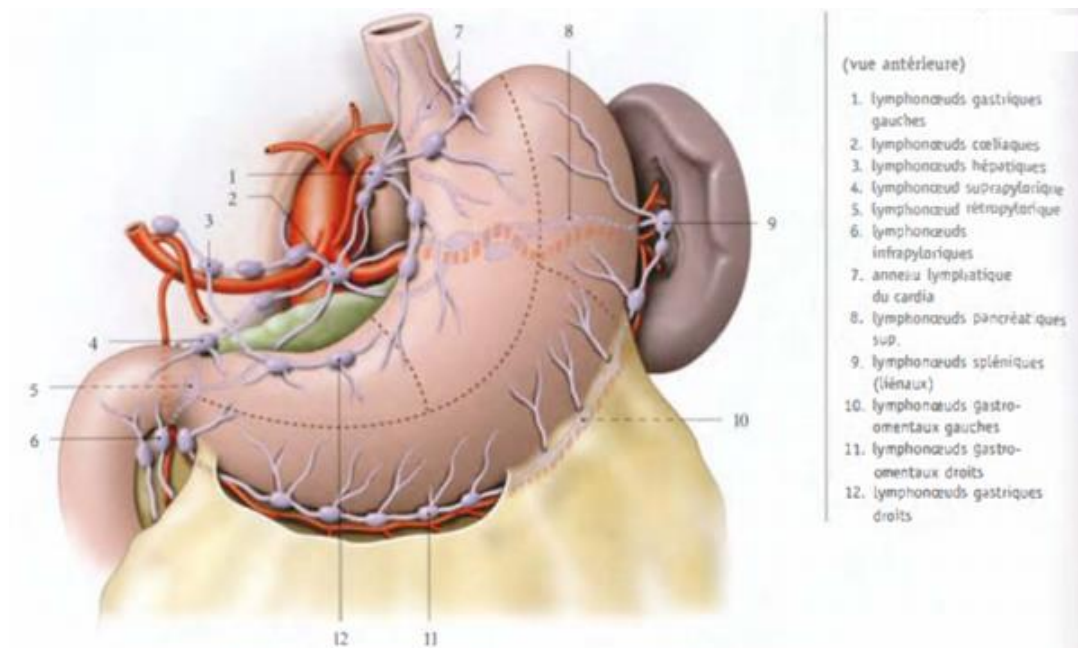


Figure 4: Lymphatiques de l'estomac

4.4. Innervation

L'innervation de l'estomac est assurée par des neurofibres sympathiques, parasympathiques et de la sensibilité viscérale.

–Les neurofibres sympathiques : elles sont issues du plexus coeliaque et accompagnent les artères de l'estomac en formant les plexus gastrique gauche, hépatique et splénique.

–Les neurofibres parasympathiques : elles proviennent des nerfs vagues.

Le nerf vague droit :

Se divise en deux branches.

–La branche cœliaque, volumineuse, rejoint les ganglions cœliaques.

–La branche gastrique postérieure côtoie la petite courbure de l'estomac et se termine à 7 cm du pylore. Elle donne des rameaux à la face postérieure de l'estomac.

Le nerf vague gauche :

Se divise en deux branches.

–La branche cardio-fundique antérieure, pour la partie cardiale et le fundus de l'estomac.

–La branche gastrique antérieure, qui côtoie la petite courbure de l'estomac et se termine à 7 cm du pylore. Elle donne : des rameaux gastriques antérieurs, et une branche hépatique qui parcourt le ligament gastro-hépatique. Cette dernière se divise en un rameau hépatique, qui pénètre la porte du foie, et un rameau duodéno-pylorique (inconstant).

–Les variations sont nombreuses et expliquent les résultats variables de la dénervation sélective de l'estomac.

II. Epidémiologie

1. Incidence :

Selon l'estimation mondiale de l'International Agency for Research on Cancer en 2002, le cancer de l'estomac occupe le quatrième rang des cancers (après celui du poumon, du sein et le cancer colorectal) [7].

C'est au Japon que l'incidence du cancer gastrique est la plus élevée représentant le premier cancer dans ce pays [8] et 20% de tous les cancers [7]. En France, il se situe au dixième rang et représente 3% de l'ensemble des cancers [9].

Au Maroc, il est difficile d'affirmer un chiffre en l'absence d'un registre des cancers à une échelle régionale ou nationale, néanmoins l'étude du Professeur Guerbaoui plaçait le cancer gastrique en 4ème position, représentant 3% de l'ensemble des cancers et 33% des cancers du tube digestif [10]. Il se situe sur le 2ème rang par rapport aux autres cancers digestifs, et le 5ème rang par rapport aux autres cancers chez l'homme et le 6ème rang chez la femme. [11]

L'âge moyen de survenue du cancer gastrique est de 65 ans pour les pays où les taux d'incidence sont modérément élevés. Les tranches d'âge les plus touchées se situent entre 50 et 70 ans [12].

La prédominance masculine a été notée dans les différentes études avec un sexe ratio allant de 1,5 à 2,5 [13].

La fréquence d'apparition du cancer gastrique dans une population est inversement proportionnelle au niveau socio-économique, le risque de cancer gastrique est plus élevé dans les classes sociales défavorisées que dans les classes aisées [14].

Le cancer de l'estomac représente la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde après le cancer du poumon [15]. Au Maroc, les seules statistiques disponibles sont celles relevées par l'OMS [16] qui soulignent que le cancer gastrique est la 6ème cause de mortalité par cancer.

2. Facteurs de risque :

Helicobacter-pylori :

H. pylori est la seule bactérie actuellement reconnue comme carcinogène chez l'homme par l'Organisation Mondiale de la Santé [17].

C'est un germe ubiquitaire mais inféodé à l'homme, dont l'estomac est l'hôte naturel. La contamination est interhumaine, oro-orale et féco-orale directe ou par l'environnement [18]. C'est une bactérie acidotolérante produisant une uréase, qui convertit l'urée en bicarbonate (CO₂) et en ammoniac ; neutralisant ainsi l'acidité qui l'entoure. Helicobacter pylori peut donc survivre dans l'estomac, colonisé et se multiplier durant des années à la surface de la muqueuse gastrique, causant une inflammation chronique de celle-ci [19]

Il est établi que la première étape de carcinogénèse est la gastrite chronique inflammatoire due à H. pylori, qui est le plus souvent asymptomatique et ne donne aucune modification macroscopique décelable en endoscopie. Progressivement, la gastrite chronique peut évoluer vers l'atrophie avec une raréfaction des glandes, le remplacement par de la fibrose ou le remplacement des cellules gastriques par des cellules de type intestinal puis l'apparition de foyers de dysplasie [20].

Il existe deux mécanismes permettant à l'infection à HP de jouer un rôle crucial dans le développement du cancer gastrique : l'action indirecte de HP sur l'épithélium gastrique par le biais d'une inflammation chronique, et l'action directe dans la carcinogénèse par l'induction de mutations génétiques [21]. Récemment, la translocation t (11 ; 18) a été montrée prédictive de non-réponse au traitement éradicateur de l'infection à Helicobacter pylori [22, 23]. Cette translocation est trouvée plus fréquemment dans les lymphomes de stade avancé [24].

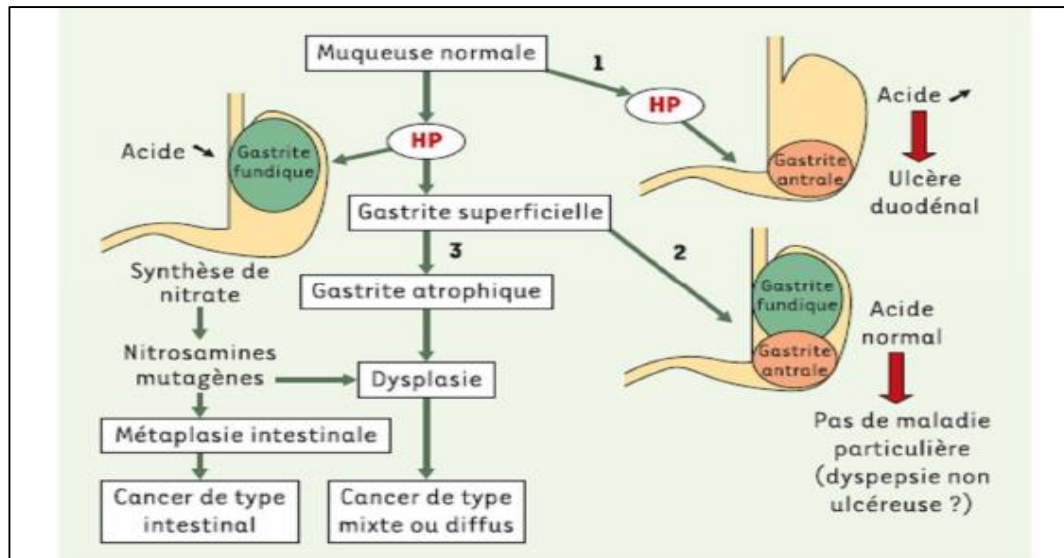


Figure 5: Schéma physio-pathogénique de l'implication de H.pylori dans le cancer gastrique [25]

Epstein-Barr Virus [26] :

Le cancer gastrique associé au virus d'Epstein-Barr (EBVaGC) constitue environ 10% des carcinomes gastriques.

Facteurs génétiques :

1 à 3% des cancers gastriques sont héréditaires et touchent le plus souvent le sujet jeune :

- Cancer colorectal héréditaire non polyposique ou syndrome de Lynch [27],
- Cancer gastrique diffus héréditaire (par mutation du gène codant pour la protéine E-cadhérine [28].

Facteurs alimentaires :

Une consommation excessive d'aliments riches en sel, de viandes ou poissons fumés, riches en nitrates, favorise l'apparition du cancer gastrique [29]. Le mode d'alimentation est un facteur de risque du cancer de l'estomac surtout pour le type intestinal [30].

A l'inverse une alimentation riche en fruits et légumes frais semble diminuer le risque de

cancer gastrique. Cet effet bénéfique est principalement lié à la présence de vitamine C et E, qui agiraient comme antioxydants naturels et limiteraient l'accumulation de nitrites gastriques [31, 32]

Tabac et alcool :

Le tabagisme a été prouvé comme facteur de risque de survenue de cancer gastrique, il était classé par l'agence internationale de recherche des cancers (IARC) comme carcinogène du groupe 1 au niveau gastrique. Il présente un risque 2 fois plus élevé de développer un cancer gastrique [33].

La consommation d'alcool augmenterait également le risque de développer un cancer gastrique surtout si elle dépasse 4 verres par jour [34, 35].

3. Lésions et états précancéreux :

Le dénominateur commun à toutes les lésions précancéreuses est la dysplasie sévère : néoplasie intra épithéliale avec atypies cytonucléaires, architecturales et perte de la fonction mucosécrétoire. L'adénocarcinome est le dernier stade évolutif de la dysplasie [36].

–Gastrite chronique atrophique : H.pylori [36].

–Achlorhydries « iatrogènes » : Elles sont liées à l'utilisation prolongée des inhibiteurs des récepteurs H2 à l'histamine ou des inhibiteurs de la pompe à protons [37].

–Gastrite auto-immune : Maladie de Biermer Risque multiplié par 2 à 3[38].

–Maladie de Ménétrier : l'incidence du cancer gastrique est estimée à 14% dans la gastrite hypertrophique de Ménétrier [39].

–Polypes adénomateux de l'estomac [40].

–Ulcère gastrique : le risque relatif de cancer gastrique est de 1,5 à 2 fois plus élevé chez les sujets présentant un ulcère gastrique [41].

–Moignon de Gastrectomie partielle : Après gastrectomie partielle, le risque relatif de

développer un cancer sur le moignon restant est de 1,5. Le cancer survient après une période longue (en moyenne 15 ans). Le dépistage est donc difficile. Les patients les plus à risque sont ceux opérés pour un ulcère gastrique et ayant eu une anastomose gastro-jéjunale [42].

III. Anatomopathologie

Elle joue un rôle important dans la prise en charge des cancers de l'estomac : rôle diagnostique par l'examen des prélèvements biopsiques et rôle pronostique par la détermination du degré de l'extension tumorale sur la pièce opératoire qui intervient dans la décision d'éventuels traitements complémentaires.

Les tumeurs malignes de l'estomac désigne toute tumeur maligne s'étendant entre la jonction oeso-gastrique et le pylore, elles sont représentées essentiellement par les adénocarcinomes (90%), suivis des lymphomes (5%), puis des tumeurs stromales et neuroendocrines [43]

1. Macroscopie :

Les aspects macroscopiques correspondent aux différents aspects endoscopiques.

La classification la plus utilisée est celle de Bormann:

- Forme végétante : c'est une masse polypoïde sessile ulcérée en surface.
- Forme ulcéreuse : c'est une ulcération avec des contours irréguliers.
- Forme ulcéro- végétante : c'est la forme la plus fréquente, représentée par une vaste ulcération entourée de bourrelet végétant.
- Forme infiltrante : l'aspect type de cette forme est la linitis gastrique. L'infiltration transforme l'estomac en un tube irrégulier et rigide.

Le plus souvent il y a associations de ces différents aspects pour former une lésion en« lobe d'oreille » correspondant à une vaste ulcération à fond bourgeonnant creusé dans une masse infiltrante et entourée d'un bourrelet irrégulier.

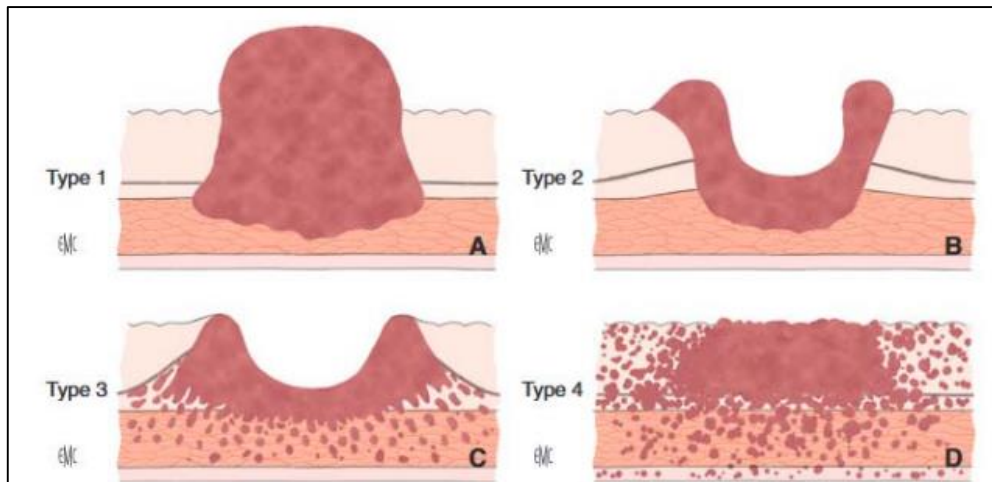


Figure 6: : Diagramme de la classification de Bormann [44]

2. Microscopie

D'après les recommandations du Thésaurus de cancérologie Digestive, le compte rendu anatomopathologique d'un cancer de l'estomac doit comporter de façon systématique l'étude du type histologique selon la classification de Lauren et/ou de l'OMS, ainsi que le stade histologique TNM.

2.1. Classification de Lauren :

Les adénocarcinomes sont séparés en deux types selon la classification de Lauren :

- Forme intestinale : Bien différenciée caractérisée par des cellules néoplasiques formant des structures glandulaires (tubules bien développés, mucus présent...). C'est la forme la plus fréquente avec un aspect macroscopique ulcéré. Elle touche surtout l'estomac distal [45].

- Formes diffuse : Caractérisée par une prolifération cellulaire en amas non organisés, infiltrant de façon diffuse le mur gastrique. Elle touche avec prédilection l'estomac proximal [46].

2.2. Classification OMS :

L'OMS a également établi une classification avec 4 types histologiques d'adénocarcinomes :

- ADK papillaire, composé de saillies épithéliales digitiformes avec axe fibreux.
- ADK tubuleux, composé de tubules ramifiés inclus dans un stroma fibreux.
- ADK mucineux, dont les cellules apparaissent en petits groupes flottant dans des lacs de mucine.
- ADK à cellules indépendantes en « bague à chaton » qui constitue la forme histologique habituelle de la linite plastique. [47]

2.3. Classification TNM :

Comme la très grande majorité des cancers, le cancer de l'estomac est classé selon la norme TNM qui permet de déterminer : [48]

- La taille de la tumeur (T) ;
- Le nombre et la localisation des ganglions lymphatiques touchés (N) ;
- L'étendue du cancer et la présence de métastases (M).

Sur la base de ces éléments, il est possible de déterminer le stade du cancer (entre 0 et 4) et donc de codifier le traitement et cerner le pronostic

Tableau 1: Classification Tumor-Node-Metastasis (TNM) des cancers de l'estomac [49]

T Tumeur primitive	
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.
T0	Pas de signes de tumeur primitive.
Tis	Carcinome <i>in situ</i> : tumeur intra-épithéliale sans invasion de la lamina propria, dysplasie de haut grade.
T1	T1a : Tumeur envahissant la lamina propria ou la musculaire muqueuse. T1b : Tumeur envahissant la sous-muqueuse.
T2	Tumeur envahissant la musculuse.
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse.
T4	T4a : Tumeur perforant la séreuse. T4b : Tumeur envahissant les structures adjacentes.
N Adénopathies régionales	
Nx	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies.
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.
N1	Envahissement de 1 à 2 ganglions lymphatiques régionaux.
N2	Envahissement de 3 à 6 ganglions lymphatiques régionaux.
N3	N3a : Envahissement de 7 à 15 ganglions lymphatiques régionaux. N3b : Envahissement de 16 ou plus ganglions lymphatiques régionaux.
M Métastases à distance	
M0	Pas de métastases à distance.
M1	Présence de métastase(s) à distance.

3. Formes histologiques particulières de l'adénocarcinome :

3.1. Le cancer superficiel :

C'est une tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous muqueuse, avec ou sans métastases ganglionnaires. Il se localise préférentiellement au niveau du corps et de l'antre gastrique.

Son aspect macroscopique est variable, il peut être : polyppoïde, mucoérosif ou ulcéré.

Ces différents aspects peuvent être associés chez le même malade. Les caractères histologiques du cancer superficiel ne diffèrent pas de ceux de la forme invasive, mais son pronostic, corrélé à l'envahissement ganglionnaire, reste meilleur.

3.2. Linite gastrique :

La linite gastrique représente la forme typique des cancers infiltrants. Elle peut atteindre tout l'estomac ou être localisée. Elle représente 10 % des cancers gastriques et survient chez des sujets plus jeunes avec une prédominance féminine.

Macroscopiquement, la paroi gastrique apparaît épaissie, cartonnée et rétractée, les plis sont effacés ou épaissis par l'infiltration carcinomateuse donnant à l'estomac un aspect figé et rétréci.

Histologiquement, il s'agit habituellement d'un adénocarcinome à cellules indépendantes en « bague à chaton » ; envahissant les différentes couches de la paroi sans les détruire, associées à un stroma scléreux très abondant.

Le diagnostic peut être très difficile en l'absence de destruction muqueuse. Le pronostic de la linite plastique est très défavorable et dépend de la hauteur de la tumeur et de l'invasion en profondeur de la paroi gastrique. [50, 51]

4. Autres formes histologiques

Les lymphomes malins non hodgkiniens gastriques (LMNH) : représentent 3 % des tumeurs malignes de l'estomac. Les lymphomes de type B développés à partir du tissu lymphoïde associé aux muqueuses ou MALT représentent plus de 90 % des LMNH digestifs.

–**Les sarcomes** : sont des tumeurs sous-muqueuses, parfois ulcérées, souvent difficiles à distinguer endoscopiquement d'une tumeur conjonctive bénigne (schwanome, léiomyome). L'échoendoscopie permet souvent d'évoquer la malignité sur l'invasion en profondeur et la présence d'adénopathies satellites.

–**Les tumeurs endocrines** : l'estomac représente 5 % des localisations digestives des tumeurs endocrines sécrétant de la sérotonine. La tumeur se présente habituellement sous la forme d'une lésion sous-muqueuse, unique et bien limitée.

–**Le carcinome à stroma lymphoïde** : c'est une forme rare d'adénocarcinome gastrique caractérisée par la présence d'une infiltration lymphoïde massive au sein et autour de la tumeur. Son pronostic est meilleur que celui des autres adénocarcinomes.

–**Le carcinome hépatoïde** : forme rare d'adénocarcinome gastrique caractérisée par une différenciation hépatocytaire. Cette tumeur peut sécréter des substances habituellement produites par les hépatocytes comme l'alphafoetoprotéine. Son pronostic est défavorable.

–**Le carcinome épidermoïde** : l'ensemble des carcinomes épidermoïdes purs représente moins de 1 % des tumeurs gastriques. Leurs présentations cliniques et radiologiques apparaissent identiques à celles des adénocarcinomes gastriques. Sont de très mauvais pronostic comparativement aux adénocarcinomes.

IV. Diagnostic du cancer gastrique

1. Manifestations cliniques : [52-55]

Les **douleurs abdominales** et la **perte de poids** représentent les symptômes les plus fréquents lors du diagnostic initial. Un antécédent d'ulcère gastrique est retrouvé dans environ un quart des cas. La réduction pondérale résulte plus d'une réduction des apports alimentaires que d'une augmentation du catabolisme, et peut être rapportée à l'anorexie, la nausée, les douleurs abdominales, la sensation de satiété précoce, et/ou la dysphagie.

La **dysphagie** est un symptôme des cancers du cardia ou de la jonction oesogastrique alors que les **vomissements** surviennent plus fréquemment lorsque la tumeur envahit le pylore.

Un **saignement** extériorisé par une hématomèse ou un méléna est retrouvé dans 20 % des cas. Une anémie par carence martiale témoignant d'un saignement occulte est fréquente.

Une **masse abdominale** palpable indique généralement une extension régionale, dont les signes d'extension tumorale peuvent représenter les premiers éléments révélateurs : ganglion de Troisier ; carcinose péritonéale révélée par une ascite ou une occlusion ; métastases hépatiques ou ovariennes (tumeurs de Krükenberg).

À l'inverse, les **manifestations systémiques** des cancers gastriques sont rarement inaugurales ; il peut s'agir de manifestations cutanées (kératose séborrhéique diffuse, acanthosis nigricans), d'anémie hémolytique, de microangiopathie, de néphropathies membrano-prolifératives, de syndromes d'hypercoagulation (syndrome de Trousseau).

2. Démarche diagnostique :

Endoscopie oeso-gastro-duodénale :

L'Endoscopie oeso-gastro-duodénale est l'examen de choix pour le diagnostic du cancer de l'estomac, c'est un examen indispensable quel que soit le stade du cancer. Toute suspicion clinique de cancer gastrique doit faire pratiquer une endoscopie œsogastroduodénale. Associée à des biopsies, l'endoscopie permet le diagnostic dans 95% des cas [56].

Elle précise la localisation du cancer (grande courbure, antrum ...), donne sa distance par rapport aux arcades dentaires, son aspect (typiquement bourgeonnant, ulcéré, dur et saignant au contact ; mais parfois, en cas de lésion gastrique : aspect rigide, infiltré de la paroi gastrique). 60 % des cancers de l'estomac sont antro-pyloriques [56].

Les biopsies sont multiples: tout ulcère gastrique doit être biopsié, toute anomalie du relief muqueux ainsi que de la muqueuse saine. Dans le cas particulier des lésions, les biopsies muqueuses peuvent être négatives jusqu'à 50% des cas. Une macrobiopsie à l'anse ou une biopsie sous échoendoscopie sont parfois nécessaires.

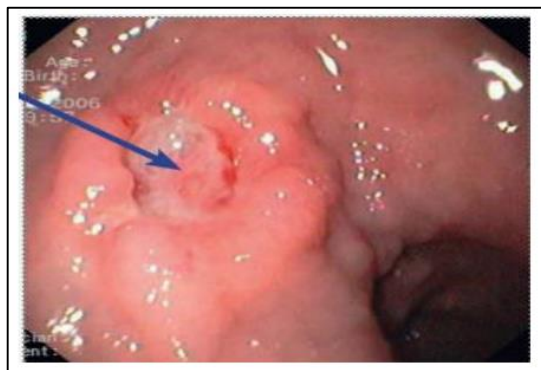


Figure 7:Endoscopie oesogastroduodénale : Tumeur bourgeonnante et ulcérée de la petite courbure antrale [57]

Diagnostic histologique :

L'étude histologique est le temps essentiel du diagnostic. L'examen anatomopathologique précise le type de la tumeur et le grade selon la classification OMS.

Par ailleurs, sur les pièces opératoires, il précise les mensurations de la lésion, le nombre de foyers retrouvés, leur taille, leur localisation et la classification pTNM.

L'examen anatomopathologique permet également d'apprécier des éléments pronostiques et prédictifs de réponse à certains traitements dans le cancer gastrique. [58]

Biologie :

Les marqueurs tumoraux : l'Antigène carcinoembryonnaire (ACE) et le Cancer antigen 19-9 (CA 19-9) n'ont pas d'intérêt à visée diagnostique. En revanche, ils peuvent être utiles dans le suivi après traitement curateur ou pour évaluer l'efficacité d'une chimiothérapie.

3. Démarche pré thérapeutique :

3.1. Bilan d'extension :

Scanner thoraco-abdomino-pelvien TDM-TAP :

Examen indispensable. Il confirme la présence d'une tumeur, et permet la recherche d'un envahissement des organes de voisinage, de métastases hépatiques, pulmonaires ou ovariennes, des adénopathies sus et sous-diaphragmatiques, et d'une carcinose péritonéale. [59]

Echoendoscopie :

L'échoendoscopie est la technique de choix pour l'évaluation de l'envahissement pariétal et ganglionnaire. Elle permet de visualiser les cinq couches de la paroi gastrique comme une alternance de zones hyper et hypoéchogènes [60], et de détecter la présence d'ascite. Elle sert également à évaluer les tumeurs superficielles afin de déterminer les indications de traitement endoscopique.

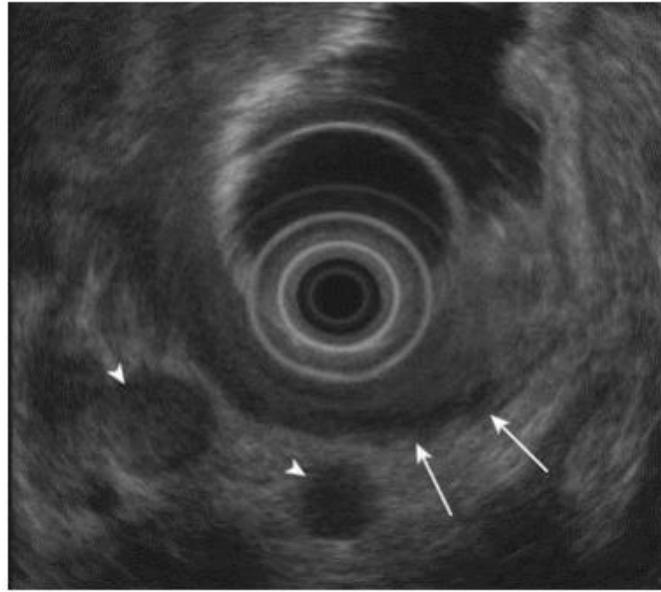


Figure 8:Image d'écho-endoscopie qui montre la perte de l'alternance bandes hypo/hyperéchogènes à cause du cancer gastrique. Les flèches montrent l'infiltration de la séreuse, les têtes de flèches montrent l'infiltration des ganglions péri-gastriques [61]

Tomographie par émission de positrons PET-SCAN :

La TEP est moins sensible mais plus spécifique que la TDM pour l'évaluation ganglionnaire locale et péritonéale [62]. En revanche, elle est bien plus performante tant pour l'évaluation ganglionnaire à distance que pour stratifier les patients à risque [63]. Sa prescription doit être discutée au cas par cas [64].

Imagerie par résonance magnétique IRM :

Elle est légèrement plus sensible que le scanner pour l'extension pariétale mais elle est moins performante que le scanner pour déterminer l'envahissement ganglionnaire. Elle peut être une alternative au scanner en cas de contre-indication de celui-ci. [65]

Laparoscopie exploratrice :

La laparoscopie permet une exploration visuelle directe de la cavité abdominale.

Elle est proposée par certains comme un examen indispensable au bilan d'extension avant une résection à visée curatrice. Couplée à un lavage péritonéal pour cytologie, elle est utile en cas de tumeur volumineuse, dont la résécabilité est douteuse sur le scanner, ou de type diffus, pour diagnostiquer une carcinose péritonéale limitée ou de petites métastases hépatiques périphériques. Une cytologie péritonéale positive est un facteur de mauvais pronostic avec une diminution de la survie globale [66] Cet examen permet d'éviter une laparotomie inutile jusqu'à 38 % des patients [12].

Elle peut être complétée pour l'examen du foie par l'emploi d'un écho-laparoscope, identifiant dans 23 à 37% des cas des métastases péritonéales ou hépatiques initialement ignorées par l'imagerie [67,68].

3.2. Bilan pré-thérapeutique : [59]

Ce bilan permet d'identifier les comorbidités, d'apprécier le retentissement du cancer gastrique sur l'état général et d'évaluer la faisabilité des différentes options thérapeutiques. Ces éléments guident la décision thérapeutique.

3.2.1. Comorbidités :

Les examens suivants sont réalisés en fonction du traitement envisagé :

- une évaluation de l'état général (classification OMS) ;
- un bilan nutritionnel clinique et biologique (pourcentage d'amaigrissement, protidémie, albuminémie) ;
- un bilan sanguin : hémogramme à la recherche d'anémie, groupage sanguin et bilan d'hémostase. Un bilan rénal à la recherche d'insuffisance rénale ;
- une recherche de signes de cirrhose ;

- une évaluation cardiologique (ECG, échocardiographie) ;
- une évaluation pulmonaire (radiographie pulmonaire, EFR) ;
- une consultation d’aide au sevrage tabagique et alcoolique, (si pertinente), pour améliorer l’efficacité et la sécurité des traitements ;

3.2.2. Facteurs pronostiques :

Les facteurs pronostiques qui sont pris en compte dans la décision thérapeutique du cancer de l’estomac sont :

- le stade tumoral TNM clinique qui est déterminé à partir du scanner et ou de l’écho-endoscopie ;
- l’âge physiologique, l’état général et nutritionnel ;
- les comorbidités.
- Immuno-histochimie : Le bilan comprend une détermination du statut du récepteur HER-2 en cas d’un bilan d’extension évoquant une forme métastatique du cancer de l’estomac. Cet examen se fait sur biopsie gastrique.

4. Oncogénétique :

Une consultation d’oncogénétique, à la recherche d’une mutation du gène de la Cadherine E (CDH1) ou du syndrome de Lynch [28], doit être proposée, en cas d’antécédents familiaux de cancers digestifs ou gynécologiques ou de survenue d’un adénocarcinome gastrique avant 40 ans.

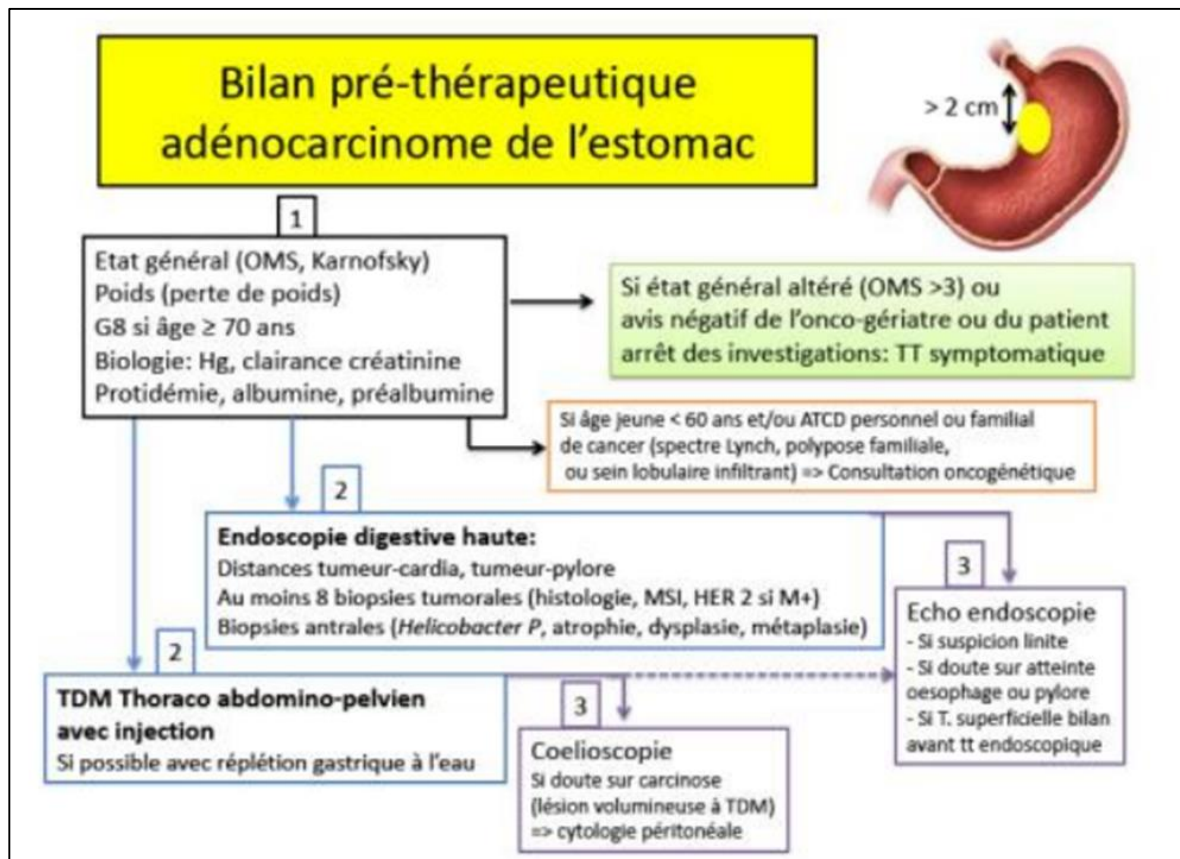


Figure 9: Algorithme du bilan pré-thérapeutique d'un adénocarcinome gastrique [64]

V. Démarche thérapeutique

Le cancer gastrique est souvent diagnostiqué lorsqu'il est localement avancé. La gastrectomie, associée à un curage ganglionnaire, est le traitement de référence.

Le but de la chirurgie est d'aboutir à une résection complète sans laisser de résidus macroscopiques ou microscopiques. Elle doit emporter la totalité des tissus néoplasiques grâce à une gastrectomie partielle ou totale éventuellement élargie à des viscères voisins envahis, sans oublier la résection des adénopathies satellites.

Les taux de contrôle et de survie à cinq ans restent cependant faibles, même après une

résection chirurgicale complète pour les patients atteints de tumeur classée pT3/pT4 ou envahissant les ganglions en effet le taux de survie à 5 ans, dans cette situation, ne dépasse pas 48 % (6-8) [69,70].

Différentes stratégies thérapeutiques adjuvantes et néoadjuvantes alors se sont développées afin de diminuer ce risque et d'augmenter la survie globale des patients.

Ainsi, il est de plus en plus admis que la prise en charge du cancer gastrique est devenue résolument pluridisciplinaire. Chaque situation doit donc être évoquée en réunion de concertation pluridisciplinaire avant la prise en charge thérapeutique du malade.

1. Réunion de concertation pluridisciplinaire RCP : [71]

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire est devenue une pratique médicale standard en cancérologie. En cancérologie, les équipes de la RCP sont composées de chirurgiens, oncologues, radiologues et anatomopathologistes qui s'assemblent régulièrement afin de discuter la prise en charge des patients atteints d'un cancer suspecté ou confirmé, et convenir des recommandations de traitement pour une meilleure prise en charge.

Au décours de la RCP, la décision collégiale prise est enregistrée, puis soumise et expliquée au patient.

2. Traitement chirurgical du cancer d'estomac :

2.1. Principe de la chirurgie oncologique :

Le but de la chirurgie oncologique du cancer de l'estomac est d'aboutir à une résection complète (R0) sans effraction tumorale, avec marge saine pariétale et un curage ganglionnaire adéquat.

L'union internationale contre le cancer (UICC) utilise une certaine dénomination pour caractériser les résections chirurgicales, la lettre (R), ainsi on distingue : [72]

–R0 : absence de résidu tumoral histologique

–R1 : présence d'un résidu tumoral histologique

–R2 : présence d'un résidu tumoral macroscopique

Le traitement chirurgical implique donc une résection gastrique plus ou moins étendue aux organes de voisinage en fonction des nécessités, ainsi qu'un curage ganglionnaire.

2.2. Définition des gastrectomies oncologiques :

Toutes tumeurs de l'estomac dont l'épicentre est à plus de 5 cm de la jonction œsogastrique ou celle à moins de 5 cm mais n'envahissant pas l'œsophage sont considérées comme des cancers de l'estomac.

Les gastrectomies se séparent en gastrectomie curative et gastrectomie palliative définies par la présence de métastases ou d'une résection incomplète.

L'exérèse est curative quand elle ne laisse pas de reliquats microscopiques. C'est ainsi que dans les formes histologiques différenciées, la résection en amont de la tumeur doit laisser une marge de sécurité de 6 cm, alors que dans les formes Indifférenciées ou diffuses, cette marge est de 8 cm. Sur le duodénum 1 cm, et sur l'œsophage 6 cm. Parfois la résection peut s'étendre à un organe ou structure anatomique avoisinante, ainsi que pour le curage ganglionnaire.

Les gastrectomies curatives dites « standard » réalisent un curage ganglionnaire de type D2 et sont totales ou laissent en place un cinquième supérieur de l'estomac et sont alors dites « partielles » ou « subtotaux ».

Les gastrectomies curatives non standard incluent les gastrectomies modifiées et les gastrectomies étendues. Les gastrectomies modifiées ont un curage ou une résection de l'estomac réduit et s'adresse aux cancers précoces (T1N0) ou « early cancers » des AngloSaxons dont la prévalence est rare en Occident.

Les chirurgies étendues emportent les organes adjacents envahis ou réalisent des curages excédant les curages D2.

2.3. Contre-indications chirurgicales :

La chirurgie représente la seule chance réelle de guérison, mais elle n'est pas possible en cas de :

–Contre-indications absolues :

- Des métastases diffuses
- Une cachexie néoplasique
- Des tares viscérales majeures

–Contre-indications relatives :

- Un âge physiologique avancé plus de 80 ans
- Des métastases localisées du lobe gauche du foie.

Une évaluation pluri-factorielle du risque opératoire doit être menée. Ainsi, une lésion sténosante distale bénéficiera volontiers d'une gastro-enterostomie, même en présence de métastases hépatiques, ou d'envahissement ganglionnaire massif. Une lésion infiltrante diffuse fera par contre reculer le chirurgien devant la perspective de pratiquer une gastrectomie totale, qui pourra difficilement supporter le patient tout en sachant que l'abstention condamne à court terme le patient. Cette notion capitale amène de nombreuses équipes à être très agressive sur le plan chirurgical et à réserver l'abstention aux sujets à risques opératoires élevés.

2.4. Voies d'abord :

On distingue :

- La laparotomie médiane sus ombilicale qui peut être élargie en sous ombilical.
- La laparotomie bi-sous-costale.

–La laparotomie abdomino-thoracique : La voie abdominale peut suffire dans la gastrectomie subtotale distale. Par contre, un double abord abdomino-thoracique est parfois nécessaire pour une gastrectomie totale ou polaire supérieure afin de réaliser une exérèse élargie à l'œsophage.

–La chirurgie laparoscopique : La gastrectomie laparoscopique est largement acceptée comme une alternative pour le traitement des adénocarcinomes gastriques à un stade précoce [73]. Elle présenterait selon plusieurs auteurs des avantages par rapport à la laparotomie, généralement une évolution postopératoire plus douce, une meilleure fonction respiratoire et une réponse immunitaire accrue. [74,75]

2.5. Chirurgie curative

La majorité des gastrectomies s'adressent à des patients en situation curative (non métastatique et avec un objectif de résection R0) encadrée par de la chimiothérapie périopératoire, à un stade supérieur à IA (> T1N0).

2.5.1. Exploration per-opératoire :

Elle permet une ultime évaluation de l'extension tumorale. Elle :

–Précise le siège exact de la tumeur, son extension en surface et en profondeur (atteinte ou non de la séreuse).

–Recherche un éventuel envahissement des organes adjacents : l'œsophage, le duodénum, le pancréas, le foie, le côlon transverse, le diaphragme, l'épiploon, la région cœliaque et les ovaires chez la femme (recherchant une tumeur de Krukenberg).

–Recherche une carcinose péritonéale, qui se manifeste par des granulations disséminées dans la cavité abdominale notamment au niveau du cul de sac de Douglas et les mésos. Sa présence est considérée comme métastase contre indiquant un curage extensif.

2.5.2. Indications des types de résection selon le siège et type de la tumeur :

La gastrectomie subtotale s'adresse aux cancers de l'antre gastrique non infiltrant.

La gastrectomie totale est l'intervention de choix pour les cancers du fundus, du corps gastrique ou pour les cancers diffus infiltrant de type linitique, quel que soit leur siège.

Les gastrectomies polaires supérieures ne sont plus utilisées en raison de l'importante gêne fonctionnelle liée au reflux gastro-œsophagien.

En cas de tumeur avancé (T2-T4 et/ou N +), le curage ganglionnaire doit être de type D2 sans réaliser de spléno pancréatectomie gauche. Le curage D2 améliore la survie par rapport au curage D1. La spléno pancréatectomie gauche augmente la morbi-mortalité sans augmenter significativement la survie à long terme [76,77]. Une splénectomie est souhaitable en cas de tumeur envahissant la séreuse de la grande courbure fundique ou de ganglions tumoraux du hile splénique.

Les autres indications des gastrectomies étendues aux organes de voisinage sont un contact ou un envahissement tumoral direct par contiguïté, le pronostic de ces tumeurs T3/T4 avec résection d'organe reste correct (35 % de survie à cinq ans) mais la morbidité importante [78]. Ce type de chirurgie doit donc être réservé à des patients sélectionnés en parfait état général et sans comorbidité majeure.

2.5.3. La gastrectomie subtotale des 4/5 èmes :

Est indiquée dans les tumeurs du tiers distal de l'estomac ; elle résèque les deux tiers ou 4/5 inférieurs de l'estomac, c'est-à-dire le pylore, l'antrum et la moitié du fundus, en plus de la partie mobile du premier duodénum, le tablier omental et les aires ganglionnaires juxta gastriques ainsi que les ganglions gastriques gauches. Le rétablissement de la continuité se fait par une anastomose gastrojéjunale.

Pour les tumeurs de l'antrum, cette intervention procure une survie comparable à celle des gastrectomies totales avec moins de morbidité et de mortalité périopératoires [79]. La marge de résection proximale est de 5cm et distale de 2cm [80].

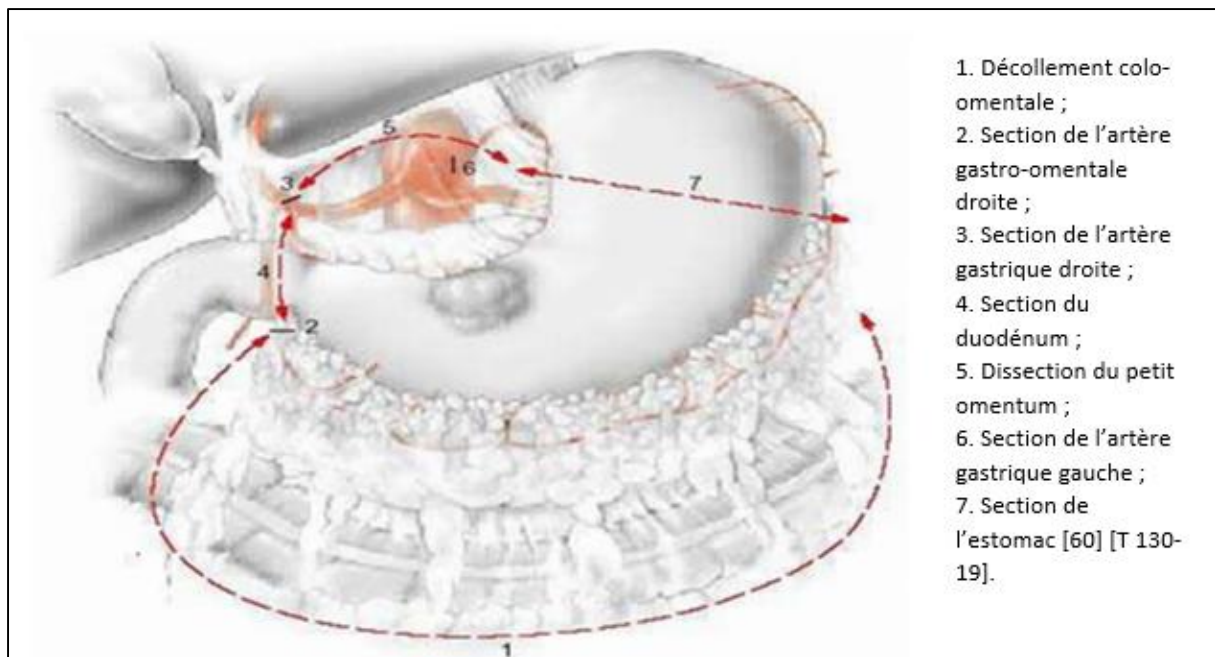


Figure 10: Principes de la gastrectomie subtotale [90]

2.5.4. La gastrectomie totale :

Est destinée aux tumeurs de l'antre remontant sur la portion verticale de la petite courbure, aux tumeurs du fundus ou de la grosse tubérosité ; elle résèque la totalité de l'estomac, la partie libre du premier duodénum, la partie terminale de l'œsophage, le grand omentum et les chaînes ganglionnaires juxta gastriques, gastriques gauches et hépatiques. [91]

Les six premiers temps suivent les mêmes modalités que lors de la réalisation d'une gastrectomie subtotale. L'opérateur procède successivement au décollement colo-omental, à la section ligature de l'artère gastro-omental droite, à la section ligature de l'artère gastrique droite, à la section du duodénum, à la dissection du petit épiploon et à la section ligature de l'artère gastrique gauche. [90]

La section de l'œsophage doit être effectuée à 5 cm de la lésion cancéreuse et à 2cm du cardia sur l'œsophage.



Figure 11: Gastrectomie totale [90]

2.5.5. La gastrectomie totale élargie :

Il s'agit d'une exérèse en monobloc de l'estomac, d'une portion de l'œsophage abdominal, du duodénum mobile, de la rate et de la queue du pancréas. Elle peut être de principe si une lymphadénectomie aussi complète que possible est envisagée, ou de nécessité devant des adénopathies spléniques ou devant un envahissement du pancréas caudal. L'élargissement de l'exérèse à des organes voisins est justifié par l'infiltration tumorale. Ainsi, en cas d'invasion du mésocôlon ou du côlon transverse, on peut effectuer une colectomie segmentaire. Cette résection élargie est associée à une morbidité et une mortalité plus élevées.

2.5.6. Cas de cancer sur moignon de gastrectomie :

Le cancer sur moignon de gastrectomie présente des difficultés d'exérèse particulières. La présence de l'ancienne anastomose gastro-jéjunale impose la dégastrogastrectomie et la totalisation de la gastrectomie. Celle-ci peut être difficile si le montage précédant a été transmésocolique.

L'extension au côlon transverse est fréquente et impose une colectomie segmentaire associée. De plus, le drainage lymphatique préférentiel du moignon en direction du courant lymphatique gauche impose la spléno pancréatectomie.

Le cancer sur moignon de gastro-duodénotomie expose à un envahissement hépatique par contiguité.

2.5.7. En cas de métastase hépatique :

En cas de métastase unique, si celle-ci affleure la surface du foie ou se trouve sur le bord libre du lobe gauche ou du lobe droit, son exérèse est souhaitable et même recommandée. Au contraire, en cas de métastases multiples et diffuses aux deux lobes du foie, et même si leur exérèse paraît possible, les risques opératoires encourus dépassent largement les bénéfices espérés à moyen terme.

Tout envahissement des éléments nobles du pédicule hépatique contre-indique une exérèse élargie et ne doit laisser place qu'à une gastrectomie de propreté, si elle est réalisable.

2.5.8. Le rétablissement de continuité :

Le rétablissement de la continuité dépend essentiellement du geste de résection réalisée. Plusieurs options sont possibles.

2.5.8.1. Rétablissement de continuité en cas de gastrectomie subtotale :

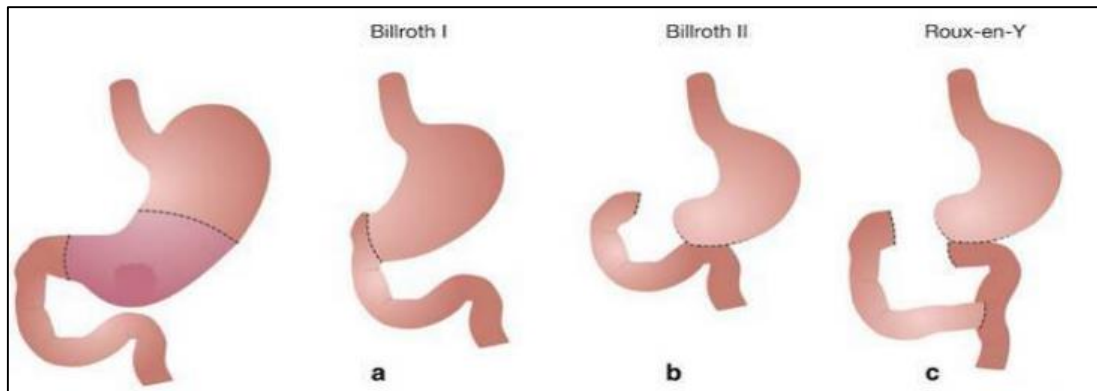


Figure 12: Rétablissement de la continuité digestive : gastrectomie 4/5 [92]

Anastomose gastro-duodénale selon Billroth 1 :

La réalisation d'une anastomose gastroduodénale (Billroth I) n'est plus recommandée en matière du cancer gastrique du fait, d'une part de la tension excessive qui peut s'exercer sur la ligne anastomotique avec ses risques de désunion de suture et d'autre part, de la possibilité d'un envahissement ultérieur de l'anastomose en cas de récurrence locorégionale. De plus, elle expose à un reflux biliaire qui peut être invalidant.

Anastomose gastro-jéjunale selon Billroth 2 :

Le rétablissement de la continuité digestive se fait par la confection d'une anastomose gastro jéjunale après la fermeture du moignon duodénal par une anse en Oméga (Billroth II) éventuellement associée à une jéjunostomie latérolatérale au pied de l'anse.

Anastomose gastro-jéjunale selon Roux-en-Y :

Le rétablissement de la continuité digestive se fait par la confection d'une anastomose gastro jéjunale après la fermeture du moignon duodénal par une anse en Y (Billroth III) pour éviter le reflux.

2.5.8.2. Rétablissement de continuité en cas de gastrectomie totale :

Le rétablissement de la continuité digestive est fait sur une anse en Y. Un examen extemporané de la tranche de section œsophagienne est recommandé en cas de tumeur cardiotubérositaire. [93]

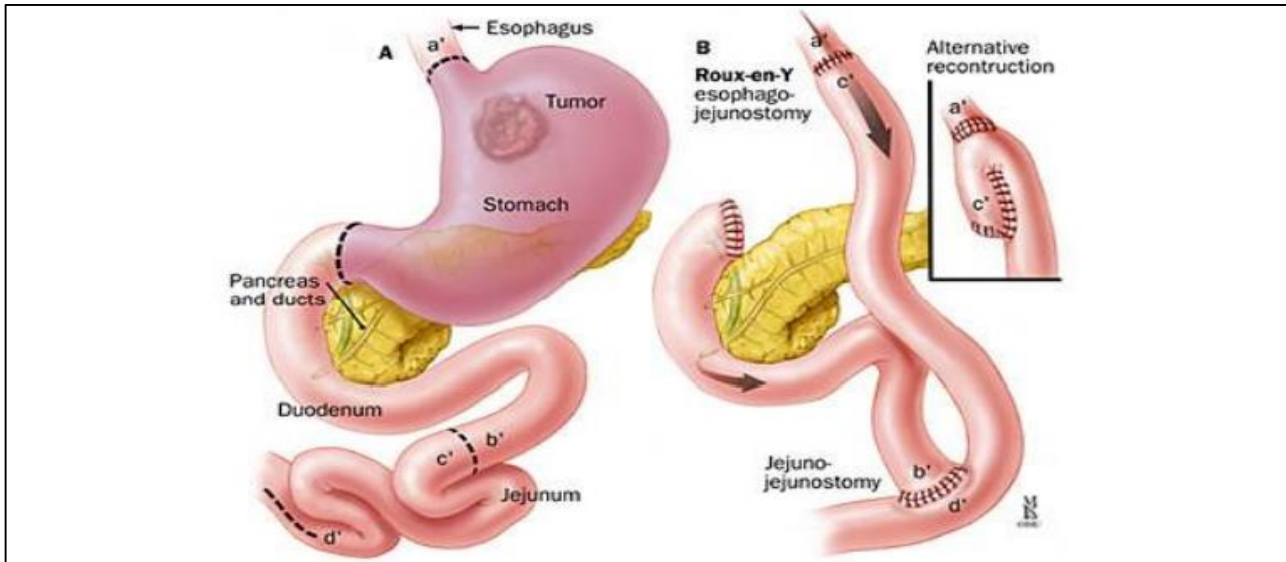


Figure 13: Rétablissement de la continuité digestive : gastrectomie totale [94]

2.5.9. Curage ganglionnaire :

L'étude histologique systématique du plus grand nombre possible de ganglions est un des éléments importants du pronostic [95]. Le nombre de ganglions pouvant être retirés par les curages peut représenter un critère de qualité du curage ou de l'étude anatomopathologique [96].

La classification japonaise a défini trois niveaux de dissection ganglionnaire, appelés « D1, D2 et D3 », correspondant aux trois relais ganglionnaires N1, N2 et N3, mais dépendant également de la localisation tumorale. Ainsi, en cas de gastrectomie polaire supérieure, le curage D1 correspond aux groupes 1 à 4, le curage D2 aux groupes 1 à 4 et 7 à 11. En cas de gastrectomie distale, le curage D1 correspond aux groupes 3 à 6, le curage D2 aux groupes 3 à 9. Enfin, en cas de gastrectomie totale, le curage D1 correspond aux groupes 1 à 6, le curage D2 aux groupes 1 à 11. Le curage D3 correspond toujours à l'exérèse des groupes 12 à 16, en

plus de ceux du curage D2 correspondant à chaque localisation tumorale.

La classification récente de l'Union internationale contre le cancer (UICC) semble faire l'unanimité. Elle n'est plus fondée sur le siège mais sur le nombre de ganglions envahis (N1=1 à 6 ganglions positifs, N2=7 à 15 ganglions positifs et N3 = plus de 15 ganglions positifs). Elle a le mérite de la simplicité et, surtout, elle montre bien qu'il faut prélever un minimum de ganglions pour pouvoir classer correctement une tumeur de l'estomac [97].

Le nombre moyen de ganglions pouvant être retirés par une procédure de type D2 peut varier de 8 à plus de 110 [98], la moyenne se situant entre 30 et 50 [99]. Le minimum de ganglions requis est 15 pour les curages D1 et 25 pour les curages D2 [100,101].

Quel curage ?

Les recommandations actuelles chez un patient en bon état général sont de pratiquer un curage D2 sans splénectomie sauf en cas d'adénopathies de l'artère splénique ou de cancer de la grosse tubérosité atteignant la séreuse. En cas de mauvais état général ou de cancer superficiel ou avancé (stade I ou IV), un curage plus limité est plus adéquat.

Un curage ganglionnaire étendu de type D2 ou D3 permet une meilleure classification du stade tumoral (stade N), mais son influence sur la survie est encore débattue. En effet, ce type de curage est responsable d'une sur-morbidité et d'une sur-mortalité opératoire essentiellement liées à la spléno pancréatectomie gauche considérée comme nécessaire à la réalisation d'un curage splénique de bonne qualité.

Les données de la littérature permettent de recommander la réalisation d'un curage D2 sans spléno pancréatectomie caudale, devant emporter au minimum 25 ganglions afin d'obtenir un staging ganglionnaire suffisant. [102]

Cependant, une étude rétrospective française sur une période de 20 ans portant sur 205 patients a montré qu'une lymphadénectomie extensive sans spléno pancréatectomie systématique, dite curage D1.5, réalisée chez des patients en bon état général peut, sans majorer la mortalité postopératoire, améliorer la stadification dans la classification pTNM, définir de façon plus précise le caractère curatif ou non de la résection et permettre une meilleure sélection des patients en vue d'un traitement complémentaire [103].

2.5.10. Qualité de l'exérèse :

L'analyse extemporanée des marges chirurgicales impose des prélèvements sur la totalité de la circonférence gastrique, duodénale ou œsophagienne et doivent être orientés par le chirurgien.

–Études des marges proximales, distales et radiaires : la méthode de mesure des marges, proximale et distale, doit être homogène pour un même centre et précisée dans le compte rendu (mm ou cm). Les marges radiaires intéressent surtout la distance entre tumeur et tissu adipeux non péritonisé (ligament gastrosplénique, gastro-hépatique ou gastro-colique), elles sont analysées microscopiquement après repérage à l'encre de Chine de la limite de résection.

–Étude du curage ganglionnaire : au moins 15 ganglions doivent être analysés dans un curage qu'il soit de type D1 ou D2. [64]

Le compte-rendu anatomo-pathologique doit comporter au moins :

- Les données macroscopiques (type de résection, localisation et taille tumorale)
- Le type histologique selon la classification de Lauren et/ou OMS
- Le grade de différenciation
- L'extension pariétale et ganglionnaire (nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions analysés), la classification T et N
- La mesure des marges de résection proximale, distale et radiaire permettant de qualifier l'exérèse de R0, R1 ou R2 avec l'aide du compte rendu opératoire
- L'existence d'embolies vasculaires, lymphatiques ou veineux, ou d'engainements périnerveux
- La recherche en immunohistochimie d'une surexpression de HER2. [64]

2.6. Chirurgie palliative :

Le pronostic du cancer de l'estomac reste sombre car au moment du diagnostic, le bilan d'extension objective une dissémination métastatique chez un tiers des patients et ne permet d'envisager une résection tumorale que dans environ 50% des patients, cette résection étant à visée curative pour moins de la moitié des patients opérés [104,105].

Le traitement palliatif doit apporter la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès du patient, en mieux traitant les symptômes, le plus longtemps possible et de la façon la moins agressive possible.

Ce traitement palliatif comporte deux aspects, la résection palliative et les gestes de dérivation sans exérèse.

2.6.1. Les gastrectomies :

Selon les recommandations de La Société Française De Chirurgie Digestive (SFCD), la chirurgie palliative de l'estomac (pour les patients présentant un cancer gastrique stade IV) doit s'envisager en réunion de concertation pluridisciplinaire pour des patients en bon état général (espérance de vie supérieure à 6 mois) avec des tumeurs symptomatiques (dysphagie, saignement, perforations) et chez lesquels on retrouve au plus deux critères de gravité :

- Âge dépassant 70 ans
- Un des critères de non curabilité des cancers gastriques (métastases hépatiques ou ganglionnaires à distance ou péritonéales ou une résection qui ne peut être que R2).

La chirurgie palliative peut donc être indiquée en cas de tumeur symptomatique sténosante ou hémorragique. Cependant elle est gravée d'une morbidité et d'une mortalité importante ce qui nécessite de restreindre ses indications aux patients présentant des symptômes sévères. De manière générale, les règles oncologiques de l'exérèse palliative sont: le respect d'une marge de sécurité même minime sur les tissus avoisinants et l'inutilité du curage ganglionnaire sauf s'il a pour but d'améliorer la clairance locale.

La gastrectomie est préférable à la dérivation toutes les fois qu'elle est techniquement possible [106].

Les résections palliatives ne diffèrent en rien techniquement des résections gastriques à visée curative. Ainsi, pour les cancers du tiers distal de l'estomac, la réalisation d'une gastrectomie subtotale est indiquée. Les cancers du tiers moyen et tiers proximal relèvent, quant à eux d'une gastrectomie totale. Si sur le plan théorique, les cancers du tiers proximal pouvaient être traités par une gastrectomie polaire supérieure, cette intervention se pose à un reflux gastro-œsophagien alcalin invalidant devant lui faire préférer en général la pratique d'une gastrectomie totale avec la confection d'une anse exclue en Y.

En matière de chirurgie palliative, deux éléments sont essentiels à savoir :

–D'une part, la réalisation d'un curage ganglionnaire extensif de type D2 n'apporte rien en terme de qualité ou de durée de survie, la morbidité à ce type d'intervention étant augmentée [107].

–D'autre part, sur le plan fonctionnel, les résultats semblent meilleurs après gastrectomie subtotale par rapport à la gastrectomie totale [108]. Les marges de sécurité lors de l'exérèse ont un intérêt relatif ; le décès en cas de marges de résection envahies au plan histologique, survenant avant l'apparition d'une récurrence anastomotique, on a tendance à privilégier la conservation d'un moignon gastrique, à condition que la résection passe macroscopiquement en tissus sains [109].

2.6.2. Dérivations internes : [110,111]

2.6.2.1. Dérivations digestives :

Les gastro-entéro-anastomoses :

Elles sont indiquées en cas de tumeur gastrique relativement distale, non résécable, à l'origine d'une sténose. Elles sont naturellement réalisées :

–Soit par voie transmésocolique à la face postérieure de l'estomac à l'aide d'une anse en oméga sur le mode latéro-latéral selon un montage isopéristaltique pour favoriser la vidange gastrique.

–Soit anastomose à la face antérieure de l'estomac à l'aide d'une anse en oméga en position prémésocolique.

– Soit anastomose à la face antérieure par anse oméga en rétrocolique.

– Soit anastomose sur anse en Y selon roux : la première anse jéjunale est sectionnée à 10 cm de l'angle duodéno-jéjunal. La partie distale est anastomosée à la face antérieure de façon péristaltique en précolique ou en rétrocolique. Cette anastomose peut être latéro-terminale ou latéro-latérale.

Ces interventions de dérivation sur un estomac ayant conservé ses fonctions exposent au risque d'ulcère anastomotique motivant la réalisation d'un traitement antisécrétoire. Ces procédés de dérivations gastro-entérales sont actuellement à mettre en balance avec la possibilité de réaliser une intubation endoscopique transtumorale par prothèse autoexpansive, geste moins invasif et outre réalisable pour les tumeurs de siège proximal [112].

Les dérivations entéro-entérales :

Qu'il s'agisse de dérivation grêle-grêle ou grêle-côlon, ces interventions peuvent être indiquées en cas de carcinose péritonéale macronodulaire limitée en nombre, et occlusive ou pré-occlusive, lorsqu'une résection de propreté s'avère impossible.

2.6.2.2. Dérivations biliaires :

Lors d'un ictère associé au cancer gastrique, souvent par envahissement du pédicule hépatique par une coulée ganglionnaire métastatique, un geste chirurgical de décompression biliaire peut être nécessaire. Vu que le pédicule hépatique étant en général inaccessible du fait de la présence de la masse tumorale. L'anastomose peut être réalisée sur les canaux biliaires de segment III et IV du foie donnant une anastomose hépatico-jéjunale sur anse exclue en Y.

Actuellement, les progrès de radiologie interventionnelle et de l'endoscopie permettant de pratiquer une décompression biliaire par la mise en place d'une prothèse selon un abord transpariétéo-hépatique ou endoscopique rétrograde.

Stomies :

La réalisation d'une stomie de type colique ou grêlique est parfois inévitable devant l'existence d'une carcinose péritonéale macronodulaire non résécable. Le niveau de stomie sera dicté par l'envahissement tumoral.

Prothèses :

Plusieurs auteurs suggèrent que l'endoprothèse gastroduodénale offre une bonne palliation et constitue une option de traitement sûre et efficace chez les patients dont l'espérance de vie est courte. Les tumeurs sténosantes envahissant le cardia ou l'orifice antropylorique peuvent être traitées par prothèse métallique expansive [64,113]

Les sondes nutritionnelles :

Elles sont indiquées en présence d'une tumeur inextirpable obstructive et lorsque les conditions tumorales interdisent la pratique de dérivations internes. La gastrostomie est plus pratiquée que la jéjunostomie (meilleure tolérance que les sondes gastriques à demeure, moins de diarrhées, utilisation d'aliments standard mixés) et n'est réalisable que pour les tumeurs gastriques proximales lorsque la partie distale de l'estomac reste utilisable. Cependant, dans les cas des tumeurs distales inextirpables, on a recours à la mise en place d'une sonde de jéjunostomie d'alimentation.

2.7. Laparotomie ou Laparoscopie ?

2.7.1. Avantages de la laparoscopie :

- La ponction de la paroi abdominale, au lieu d'une laparotomie, diminue le traumatisme de celle-ci et réduit au maximum les douleurs post-opératoires. Toutefois, le pneumopéritoine provoque souvent des douleurs scapulaires nécessitant l'administration d'anti-inflammatoires.
- L'absence d'iléus paralytique post-opératoire, dû à un traumatisme minime du péritoine et des intestins. La reprise de transit se fait donc très rapidement.

- Une alimentation précoce, une diminution d'utilisation d'analgésiques, d'une hospitalisation raccourcie et une reprise d'activité rapide. D'où un avantage économique et social non négligeable.
- L'esthétique des cicatrices peut être citée en dernier lieu [114]

2.7.2. Inconvénients de la laparoscopie :

Actuellement, l'inconvénient majeur est le coût des instruments nécessaires à cette technique. L'investissement de départ est assez onéreux. Certains instruments sont à usage unique, ce qui augmente le coût de l'opération.

Mais le "coût par cas", en tenant compte des avantages cités plus hauts, n'est pas plus élevé que celui de la chirurgie classique. Au début la durée de l'opération était plus longue, mais avec l'expérience, elle tend à être comparable à la même opération exécutée par laparotomie. [114]

2.7.3. Comparaison :

Une équipe Italienne [115] a publié en août 2012 les résultats d'un travail qui a comparé la gastrectomie totale pour cancer (stade I-III) par laparoscopie et laparotomie :

Le taux de conversion était nul ; la mortalité postopératoire précoce était nulle dans les deux groupes ; la morbidité était respectivement de 16 % vs 32 %; les pertes sanguines peropératoires étaient 250±150 ml vs 495±190 ml; le temps opératoire, le nombre de ganglions prélevés, la survie globale et la survie sans maladie à 5 ans étaient comparables dans les deux groupes.

Les études de Wuang en 2013 [116], de Xiong en 2013 [117] de Oh Sy et al en 2014 [118] et la méta-analyse de Wei et al en 2011 [119] démontrent qu'à long terme les voies laparotomique et laparoscopique pour la chirurgie des tumeurs gastriques étaient identiques sur le plan carcinologique avec un avantage à la cœlioscopie concernant les pertes sanguines (160.44 vs 69.52 ml), l'intensité des douleurs postopératoires, la précocité de la reprise du transit, l'hospitalisation raccourcie et les complications moins fréquentes. [120]

La chirurgie laparoscopique présente l'avantage potentiel de réduire la morbidité postopératoire et de réduire le temps d'hospitalisation [121]. Cependant, il reste quelques limites quant à la possibilité d'un curage ganglionnaire étendu ainsi que des difficultés techniques pour la réalisation d'anastomoses digestives en cas de gastrectomie totale [122,123].

Par conséquent, la chirurgie laparoscopique pourrait être une option pour les patients atteints d'un cancer gastrique superficiel [124], alors que la laparotomie reste nécessaire en cas de suspicion d'atteinte ganglionnaire [64].

Toutefois, une des limites essentielles de la chirurgie laparoscopique, comme dans tout autre domaine, reste celle de l'expérience de l'opérateur. Tout chirurgien doit "convertir" en laparotomie dès qu'il se rend compte qu'il ne lui est pas possible de poursuivre l'opération par laparoscopie. Cette conversion ne doit pas être considérée comme un échec.

3. Traitement endoscopique

Le mucosectomie endoscopique (ME) est une alternative à la chirurgie pour les cancers superficiels bien différenciés limités à la muqueuse sans envahissement vasculaire ou lymphatique quel que soit le type histologique. [125]

Ce type de traitement ne s'adresse qu'aux cancers superficiels dont le diagnostic est établi par l'écho-endoscopie (usT1N0) qui ne présentent un risque de métastase ganglionnaire que de 4 %.

Les critères suivants doivent être remplis pour que la lésion puisse être réséquée par voie endoscopique : absence d'ulcération macroscopique, différenciation histologique G1/G2, invasion limitée à la muqueuse et la sous-muqueuse superficielle ($> 500 \mu\text{m} = \text{sm1}$) et résection en marge saine. Pour cette indication limitée, le pronostic de la résection muqueuse endoscopique est aussi bon que celui de la gastrectomie avec efficacité de 98% [126].

Les traitements endoscopiques palliatifs sont possibles sur des formes non opérables. Les tumeurs sténosantes envahissant le cardia ou l'orifice antropylorique peuvent être traitées par prothèse métallique expansive ; les tumeurs hémorragiques par sclérose, plasma argon ou

application d'une poudre hémostatique, avec toutefois un risque élevé de persistance ou de récurrence du saignement [64].

La coagulation au plasma argon peut être une alternative à la mucoséctomie lorsque celle-ci n'est pas réalisable, mais le pronostic des patients à long terme est mal établi car cette technique ne permet pas la classification histopathologique du tissu réséqué. [127] Le plasma argon peut également être utilisé à visée palliative pour contrôler un saignement ou tenter une désobstruction tumorale. [128]

4. Traitement médical :

4.1. Chimiothérapie systémique :

Dans les cancers de l'estomac opérables, une chimiothérapie peut être réalisée avant et après la chirurgie. Avant la chirurgie, elle permet de réduire la taille de la tumeur et de faciliter sa résection. Après la chirurgie, elle permet d'optimiser l'efficacité de la chirurgie en réduisant le risque de récurrence.

La chimiothérapie péri-opératoire des formes résécables est une référence [129].

L'étude MAGIC [130] a évalué l'intérêt d'une chimiothérapie pré- et postopératoire par épiorubicine-cisplatine-5-fluorouracile (ECF) contre la chirurgie seule ; L'étude française FFCD 9703 [131] multicentrique randomisée a comparé la chirurgie seule à la chirurgie encadrée de deux cures chimiothérapie par 5-fluorouracile et cisplatine (FUP) [132].

Ces deux études ont donné des preuves substantielles pour étayer l'efficacité de la chimiothérapie péri-opératoire, par une augmentation de la survie à 5 ans, avec un taux de résection à visée curative significativement plus élevée dans le groupe traité par rapport au groupe chirurgie seule, sans augmentation de la morbidité ou la mortalité péri-opératoire [133].

Les recommandations actuelles sont claires pour les tumeurs cT3 et cT4a pouvant bénéficier d'une résection dans un second temps. Après le traitement périopératoire, un nouveau bilan complémentaire par endoscopie et CT-scan thoraco-abdominal doit être effectué pour exclure une progression sous traitement néoadjuvant et confirmer la résécabilité de la tumeur. En postopératoire, la chimiothérapie doit être effectuée en fonction de l'état général du patient

et de sa tolérance au premier traitement. La pertinence pronostique est en effet peu claire actuellement. [134,135]

Les avis sont plus flous pour les tumeurs de stade cT2 car une métastase ganglionnaire n'est présente que dans 40 % des cas. La chimiothérapie péri-opératoire doit être décidée au cas par cas en réunion de concertation multidisciplinaire en préopératoire.

Dans le cadre de la prise en charge des tumeurs non opérables, ou des cancers gastriques au stade métastatique, la chimiothérapie est utilisée pour réduire la taille de la tumeur, les symptômes qu'elle entraîne et améliorer ainsi le pronostic.

4.2. Chimiothérapie intra-péritonéale :

C'est l'administration per- ou postopératoire immédiate d'agents chimiothérapiques, dans le but d'exposer les sites tumoraux intra-abdominaux à des concentrations élevées de principes actifs, concentrations qu'il serait impossible d'atteindre par voie systémique pour des raisons de toxicité [136].

Plusieurs techniques ont été développées :

-La chimiothérapie intrapéritonéale en postopératoire immédiat consiste en des irrigations péritonéales de chimiothérapie dans les jours suivant la chirurgie.

-La chimiohyperthermie intrapéritonéale consiste en une perfusion péritonéale de chimiothérapie dans les suites immédiates de l'exérèse afin d'éviter que des dépôts de fibrine ne protègent les cellules tumorales disséminées. La chimiothérapie est instillée à une température supraphysiologique afin de potentialiser son action [134].

Ces traitements complexes sont proposés par certaines équipes expérimentées, soit après résection de tumeurs gastriques à haut risque de récurrence, soit après résection complète d'une carcinose péritonéale.

4.3. Radiothérapie :

La radiothérapie des cancers gastriques demeure une irradiation complexe, du fait de la position intra-abdominale de l'estomac, organe de taille et de forme variables, entouré d'organes critiques parmi les plus vulnérables à la radiothérapie [137].

L'irradiation externe exclusive n'a, à présent, que peu de place dans les choix thérapeutiques. Elle vise à apporter une amélioration symptomatique rapide aux patients sans possibilité chirurgicale. L'irradiation est alors hémostatique ou antalgique. Elle reste cependant souvent mal tolérée chez ces patients à l'état général altéré et on peut alors lui préférer un traitement médicamenteux [138].

La radiothérapie pré, per ou post-opératoire a été peu évaluée. Une métaanalyse suggère un bénéfice modeste mais statistiquement significatif de la radiothérapie en complément de la chirurgie [129].

4.4. Radio-chimiothérapie :

L'association radio-chimiothérapie préopératoire connaît un intérêt croissant, et pourrait permettre d'éviter la morbidité de traitements postopératoires réalisés chez des malades fragilisés, dont l'état nutritionnel postopératoire contre-indiquerait pour certains la radio-chimiothérapie adjuvante [138]. Cependant, la radio-chimiothérapie préopératoire n'a pas montré d'efficacité dans une étude randomisée [129].

La radio-chimiothérapie postopératoire, selon l'étude Mac Donald [139], est devenue le standard américain. Celle-ci a comparé la chirurgie seule à la chirurgie suivie d'un traitement combiné associant une chimiothérapie (FUFOL) encadrant une radio-chimiothérapie (FUFOL + 45 Gy) et a mis en évidence une efficacité, en terme de survie sans récurrence et de survie globale à 3 ans.

Le statut nutritionnel du malade est d'importance majeure pour la tolérance de la radio-chimiothérapie. Ce traitement ne doit être proposé que chez des malades non dénutris, ayant un apport quotidien d'au moins 1500 Kcal/24h [129].

4.5. Thérapie ciblée :

Une thérapie ciblée a fait son apparition fin 2009 dans les adénocarcinomes de l'estomac à un stade localement avancé et/ou métastatique : il s'agit de l'herceptine (trastuzumab), utilisé depuis plusieurs années dans les cancers du sein sur-exprimant HER2 en situation métastatique et adjuvante.

Le trastuzumab en association avec la capecitabine ou le 5- fluorouracil et le cisplatine, a été approuvé par l'agence européenne des médicaments pour le traitement de ces cancers avec un statut HER2 positif (score 3+ en immunohistochimie ou 2+ en immunohistochimie/hybridation in situ fluorescente [FISH] ou argentique [SISH] positive).

Une surexpression et/ou une amplification de HER2 est décrite dans 10 à 30 % des adénocarcinomes gastriques. Un statut HER2 positif est un facteur de mauvais pronostic, associé à une maladie plus agressive.

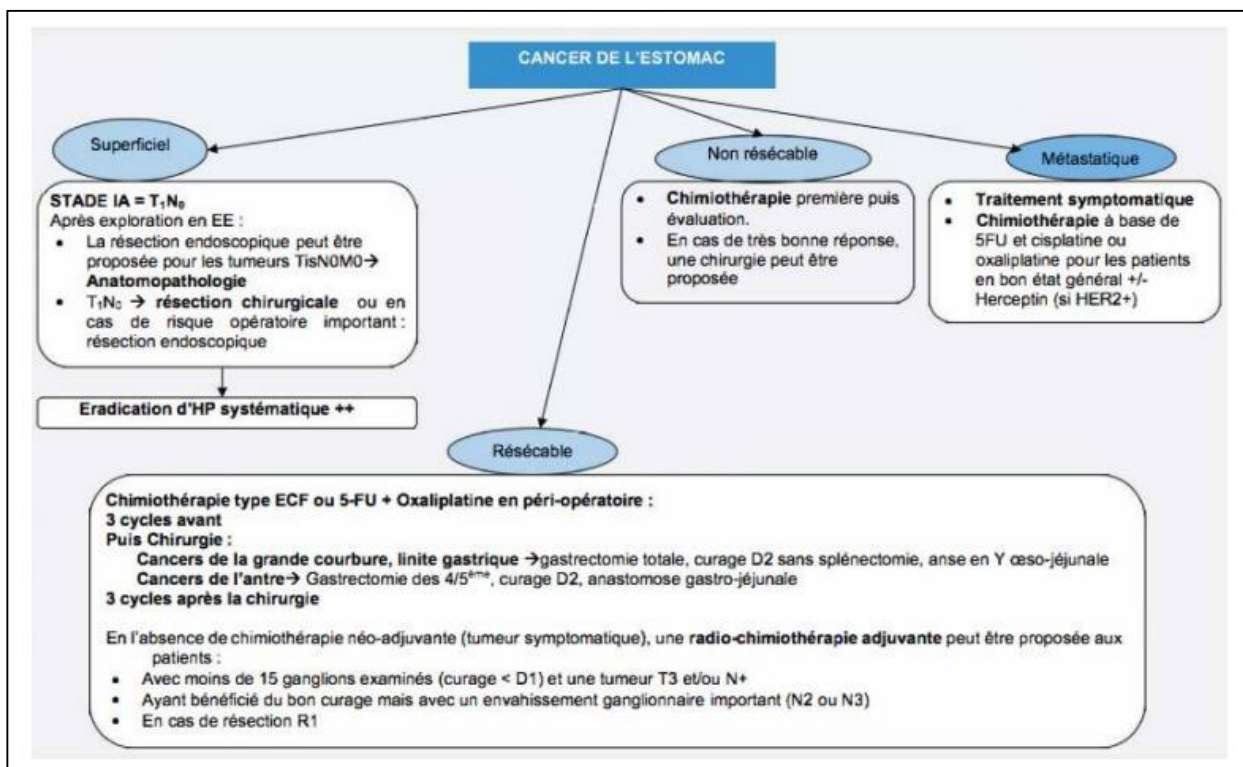


Figure 14: Indications du traitement du cancer de l'estomac [57]

VI. Complications opératoires [140,141]

1. Accidents peropératoires :

1.1. Hémorragie peropératoire :

–Hémorragies par lâchage de suture vasculaire : Une hémorragie peut survenir à l’occasion du simple « lâchage » d’une suture vasculaire, elle est d’abord contrôlée par compression locale, puis par identification précise du mécanisme lésionnel et du vaisseau atteint.

–Hémorragies parenchymateuses : Les manœuvres de dissection de l’estomac imposent l’écartement de la rate et du foie, dont ces procédures sont parfois responsables de plaies parenchymateuses à l’origine de saignements pouvant être importants.

1.2. Lésions biliaires et pancréatiques :

Une plaie de la vésicule biliaire ou la ligature de l’artère cystique, qui est impérative au cours d’un curage du pédicule hépatique, sont traitées par une cholécystectomie.

1.3. Nécroses digestives :

–Nécrose gastrique après gastrectomie des 4/5ème : Cet accident, qui est peu fréquent, est dû à la ligature simultanée du tronc de l’artère gastrique gauche, puis de la plupart des vaisseaux courts, voire de l’artère cardio-tubérositaire rejoignant la partie haute de la grande courbure à partir de l’artère splénique.

–Nécrose du côlon transverse : due à la ligature accidentelle ou de nécessité de l’artère colique moyenne.

1.4. Accidents peropératoires propres à la voie laparoscopique :

Incidents mineurs, surtout en rapport avec le pneumopéritoine :

- Emphysème sous cutané
- Insufflation dans le tube digestif
- Hémorragie pariétale
- Éventration ...

Accidents, ils sont rares mais peuvent être graves :

- Les plaies viscérales
- Les plaies vasculaires
- Embolie gazeuse : secondaire à l'injection accidentelle directe du CO₂ dans un vaisseau
- Les accidents électriques

2. Complications post-opératoires précoces :

Les complications postopératoires précoces après gastrectomie surviennent dans la période périopératoire allant jusqu'aux trentième ou soixantième jours postopératoires, selon les auteurs.

Elles touchent de 10 à 30 % des patients. Elles sont responsables d'hospitalisations prolongées, d'une importante mortalité postopératoire et d'un surcoût. Dont elles sont dominées par les hémorragies, les fistules et les abcès postopératoires.

2.1. Hémorragie intra-péritonéale :

Elle peut survenir à l'occasion du simple « lâchage » tardif d'une suture vasculaire, parfois par la récurrence d'une hémorragie d'un ulcère duodénal ou par rupture en deux temps d'une décapsulation splénique.

Le diagnostic est parfois difficile, dont les drains ne sont qu'une fausse sécurité et souvent ne ramènent pas un sang qui coagule rapidement. Il faut alors s'attacher à reconnaître très vite les signes indirects de l'hémorragie, marqués par une anémie biologique, une chute tensionnelle ou un météorisme abdominal accompagné de douleurs.

2.2. Hémorragies digestives :

Après une gastrectomie, les hémorragies digestives surviennent dans 1 à 2,5 % des cas, due souvent à un saignement sur une des tranches de section de l'estomac ou parfois sur l'anastomose digestive.

L'hémorragie peut être précoce et survenir dans les premières heures suivant le geste chirurgical ou plus tardive secondaire à une chute d'escarre survenant entre les septième et dixième jours postopératoires. Elle n'est pas spécifique du type d'anastomose réalisée. Elle est diagnostiquée par l'apparition d'un méléna ou par l'aspiration de sang rouge par la sonde nasogastrique chez un malade gastrectomisé.

2.3. Fistules digestives :

La principale étiologie des fistules digestives est la désunion anastomotique. Rare pour les anastomoses gastrojéjunales, elle est plus fréquente pour les anastomoses oesojéjunales (4 %) ou sur les fermetures du moignon duodénal (0,1 à 2 %).

Les fistules digestives sont caractérisées par le débit fistuleux, par la toxicité du produit fistuleux et par sa septicité. Le débit de la fistule a une valeur pronostique certaine. Un débit important entraîne une déperdition majeure en liquides, électrolytes, protéines, vitamines, lipides, qui contribue à l'altération de l'état général du patient.

2.4. Abscesses postopératoires :

Les abcès postopératoires sont suspectés de principe devant l'apparition d'une fièvre au décours de la réalisation d'une suture digestive. Les moyens d'imagerie moderne, le recours facile au scanner, permettent d'identifier rapidement les abcès. Ceux-ci sont si possible ponctionnés et drainés sous contrôle radiologique.

2.5. Péritonite aigue postopératoire :

Une péritonite postopératoire est secondaire à une désunion anastomotique importante, responsable précocement d'un tableau clinique bruyant, impose une reprise chirurgicale. L'objectif est alors un geste de sauvetage.

2.6. Eviscérations postopératoires :

C'est l'extériorisation des viscères abdominaux à travers une plaie opératoire suturée désunie par une absence de cicatrisation de tous les plans pariétaux y compris la paroi abdominale. Elle est fréquente aux âges extrêmes de la vie. Sa survenue est de façon brutale lors d'un effort de toux suivie d'une vive douleur avec déchirement et peut être constaté lors d'un pansement. Elle est objectivée par l'issue d'un viscère abdominale à travers les points de sutures cutanées désunis.

2.7. Pancréatite postopératoire :

Une pancréatite postopératoire est surtout déclenchée par un traumatisme peropératoire du pancréas, qu'il s'agisse de lésions méconnues des canaux pancréatiques (en particulier de l'effraction du canal de Santorini) ou de blessures des vaisseaux pancréatiques avec nécrose pancréatique localisée. Mais l'obstruction aiguë de l'anse afférente et le reflux dans le canal de Wirsung qu'elle provoque peuvent également déclencher une poussée aiguë de pancréatite, volontiers suppurée et nécrosante. Le traitement est celui de la pancréatite aiguë dont le pronostic est sombre.

2.8. Ecoulements lymphatiques :

Les écoulements lymphatiques sont souvent secondaire aux curages lymphatiques étendus, tels qu'ils sont réalisés dans les gastrectomies D2 ou D3. Une fistule pancréatique est éliminée par le dosage des amylases dans le liquide de drainage. Le traitement consiste en un drainage prolongé de l'écoulement.

2.9. Ischémies postopératoires :

Elles sont exceptionnelles mais graves. Elles impliquent toujours une reprise chirurgicale dans des conditions difficiles. L'organe nécrosé doit être réséqué et remplacé par un élément anatomique de substitution envisagé dans des conditions opératoires défavorables, chez un malade en mauvais état général. Leur pronostic est redoutable. Dont on peut citer :

–Nécrose duodénale : peut survenir après une dissection excessive du moignon duodéal ou parfois après ligature sus- et sous-duodénale de l'artère gastroduodénale.

–Nécroses gastrique, colique ou grêle : ils sont dus aux ligatures des artères gastriques gauches et de la plupart des vaisseaux courts pour l'estomac, des artères coliques de suppléance en l'absence de l'arcade bordante pour le côlon ou des pédicules vascularisant l'anse montée pour l'intestin grêle.

3. Complications postopératoires non spécifiques : [142]

3.1. Mortalité postopératoire :

Le taux de mortalité opératoire globale a nettement diminué au cours des dernières années avec l'évolution des techniques chirurgicales et de la réanimation postopératoire. Elle varie actuellement de 4 à 10 % [143,144] Les gastrectomies totales sont responsables d'une mortalité en moyenne deux fois plus importante que les gastrectomies partielles 4.5 vs 1.3 % selon DEGUILI [145].

Les risques de décès postopératoires et de complications majeures sont majorées par un âge avancé (plus de 80 ans), le manque d'expertise [146, 147] et les exérèses étendues incluant la splénectomie et la pancréatectomie [148, 149].

3.2. Phlébites :

Ce sont les formations d'un processus thrombotique organisé (associant fibrine, globules blancs, plaquettes) ou thrombus dans la lumière veineuse. Leur survenue en post opératoire est soit liée aux thrombi partant du champ opératoire, soit à l'alitement prolongé, soit à une prédisposition.

Tout geste chirurgical est capable de générer une thrombose d'autant plus volontiers que sa durée sera longue et que la pathologie sous-jacente est cancéreuse.

La thrombose veineuse évolue vers l'embolie pulmonaire par obstruction d'une artère pulmonaire ou d'une de ces branches par un thrombus. Elle peut également évoluer vers la maladie thrombo-embolique (MTE).

3.3. Complications infectieuses :

–Infection du site opératoire : Les infections du site opératoire se manifestent par une hyperthermie, un suintement ou un écoulement de liquide purulent au niveau du site opératoire avec parfois un écoulement purulent par la paroi ou par le drain. A un stade évolué on peut avoir une déhiscence de la paroi. Les ISO se présentent sous deux aspects ; Superficielles elles n'affectent que la peau, les tissus sous cutanés sans atteinte de l'aponévrose ; Profondes elles dépassent l'aponévrose et peuvent atteindre certains organes intra abdominaux.

–Infections respiratoires : Le tractus respiratoire est l'appareil le plus exposé aux complications post opératoires. [150] Les manifestations peuvent être des pharyngites, des atélectasies, des pneumonies ou des broncho-pneumopathies se traduisant par un tableau clinique fait d'expectorations purulentes, de toux, de dysphagie, de fièvre, d'une gorge inflammatoire, couverte de vésicules érythémateuse ou érythémato-pultacée, de matité pulmonaire, de râles pulmonaires.

–Infections urinaires : Les infections urinaires post opératoires surviennent fréquemment chez les patients ayant porté une sonde urinaire. Leur diagnostic est posé par une symptomatologie associant de façon variée, une fièvre, une dysurie, une pollakiurie, des brûlures mictionnelles et confirmé par une étude cytologique et bactériologique des urines (ECBU) ou l'analyse bactériologique des bouts des sondes urinaires après leur ablation et/ou une hémoculture. Le respect strict des mesures d'hygiène, l'asepsie et le nettoyage des sondes urinaires réduiraient leur prévalence.

–Septicémie : C'est un syndrome infectieux dû à une décharge répétée des germes dans la circulation à partir d'un foyer primitif et caractérisé par une hémoculture positive. [151] Le staphylocoque et les bacilles gram négatif sont généralement en cause. [152,153] Le syndrome

infectieux est marqué par une fièvre de tout type ou une hypothermie (20 cycles/min), une tachycardie, une splénomégalie, une altération de l'état général et une polynucléose à polynucléaires neutrophiles. Ce syndrome infectieux peut évoluer vers le choc septique. La prévention passe par le parage précoce de tout foyer infectieux et la mise en route précoce du traitement antibiotique.

4. Conséquences fonctionnelles de la gastrectomie :

Le fait de retirer une partie ou la totalité de l'estomac entraîne des conséquences sur la digestion [154,155]

4.1. Syndrome du petit estomac :

C'est une sensation de plénitude et de tension épigastrique en fin de repas → cédant avec une diminution du volume des repas et un fractionnement plus important de ceux-ci.

4.2. Dumping syndrome :

C'est un syndrome post prandial tardif fait de troubles digestifs et neurologiques survenant au décours des repas, dû à une hypoglycémie post-stimulative. Il se traduit par une asthénie, une pâleur ou une rougeur, un malaise lipothymique avec sueurs allant jusqu'à la perte de connaissance. Ce phénomène est lié à l'arrivée brutale au niveau du jéjunum d'un bol alimentaire hypertonique, ce qui incite le pancréas à libérer des quantités excessives d'insuline dans le sang → fractionner les repas et arrêter les sucres rapides.

4.3. Des troubles de glycorégulation :

Il s'agit de crises d'hypoglycémie fonctionnelles postprandiales tardives, se manifestant deux à trois heures après le repas, dues à un excès d'apport en glucide d'absorption rapide, disparaissant avec une adaptation diététique.

4.4. Syndrome de l'anse afférente :

Complicant les gastrojejunostomies, il est dû à une obstruction incomplète et chronique de l'anse afférente, ce qui provoque en phase post prandiale, une accumulation des sécrétions biliopancréatiques et une distension de l'anse. Dans un second temps, ces sécrétions sont évacuées. Ceci se traduit cliniquement par la succession d'un syndrome douloureux sous-costal droit avec un malaise général, et des vomissements bilieux survenant quelques heures plus tard et soulageant les douleurs.

4.5. Un reflux alcalin biliopancréatique

Favorisé par la suppression de la pompe antropylorique entraînant un reflux des sécrétions biliopancréatiques dans le moignon gastrique et /ou l'œsophage à l'origine d'une gastrite, parfois d'un cancer du moignon qui se développe longtemps après l'exérèse.

Le reflux biliopancréatique peut entraîner aussi un **ulcère anastomotique** pouvant être à l'origine d'un syndrome douloureux épigastrique ou une complication, (hémorragie, perforation, fistule digestive), il survient dans l'année qui suit l'intervention, il est diagnostiqué par l'endoscopie et en l'absence de complication un traitement médical (un traitement antisécrétoire à vie) est souvent efficace sinon une nouvelle intervention peut être nécessaire.

4.6. Diarrhée

Des diarrhées essentiellement liquides peuvent être liées à l'achlorhydrie et seraient également secondaires à l'apport brutal du contenu gastrique et de sa prolifération bactérienne dans les anses grêles.

Le risque de survenue d'une diarrhée dépend du type d'intervention chirurgicale effectuée : élevé en cas de GT, moins important en cas de gastrectomie partielle.

La vagotomie tronculaire, réalisée en cas de résection œsophagienne associée, entraîne une perturbation de la motricité du grêle qui peut aggraver la diarrhée dans le cadre d'un dumping syndrome voire expliquer la résistance aux traitements anti-diarrhéiques dans les formes les plus sévères.

4.7. Mesures hygiéno-diététiques

La plupart de ces complications de la chirurgie gastrique sont prévenues ou améliorées par des règles hygiéno-diététiques reposant essentiellement sur :

- Consommation de repas de petit volume et fractionner les prises alimentaires sur la journée (au minimum 5 repas par jour).
- Prendre le temps de manger et de bien mâcher les aliments pour prolonger la première phase de la digestion (la mastication) et ainsi faciliter la transformation du bol alimentaire tout au long du tube digestif. Pour cela, s'assurer d'avoir une denture en bon état.
- Privilégier des aliments riches en calories et en protéines. Un régime digeste et pauvre en fibres permettra de limiter le syndrome de petit estomac et les sensations qui l'accompagnent.
- Réintroduire progressivement, les aliments sucrés et les laitages.
- Privilégier les boissons sous forme de petits volumes entre les repas, en évitant de boire en mangeant.
- Éviter de consommer des boissons alcoolisées et/ou gazeuses.
- S'installer après le repas en position semi-allongée. Cela permet d'améliorer la digestion et éviter les reflux alimentaires.
- Reprendre progressivement une activité physique quotidienne adaptée (par exemple une demi-heure de marche lente quotidienne).

5. Retentissement général :

–Amaigrissement : le déficit pondéral est de 25% en post opératoire et seuls 10% des sujets seraient capables de retrouver à terme leur poids antérieur. En revanche, les résultats sont meilleurs dans les gastrectomies partielles.

–Anémie : après gastrectomie, la vitamine B12 n'est plus absorbée du fait de l'absence de sécrétion du facteur intrinsèque. Cette carence en vitamine B12 entraîne une anémie macrocytaire et mégaloblastique (équivalent d'une anémie de Biermer). Sa prévention passe par la prescription d'une injection mensuelle de vitamine B12.

–Trouble osseux : ils sont dominés par les ostéomalacies et les ostéoporoses qui sont liées à un déficit d'apport en vitamine D et une malabsorption du calcium.

VII. Suivi postopératoire et surveillance :

1. Prise en charge postopératoire

–La sonde nasogastrique est retirée en postopératoire immédiat. La réalimentation fractionnée est proposée à J6 après un contrôle de l'anastomose par un transit oesojéjunale aux hydrosolubles.

–Des séances de kinésithérapie respiratoire pourront être prescrites, elles permettront la récupération rapide de l'autonomie respiratoire et de mobilisation.

–Une jéjunostomie est préconisée chez les patients dénutris, ou devant bénéficier d'un traitement adjuvant, ou dont on peut prévoir qu'ils ne reprendront pas 60 % de leurs besoins caloriques dans la semaine postopératoire (risque de complications).

–Support nutritionnel : la prise en charge nutritionnelle est d'une importance majeure dans la prise en charge du cancer de l'estomac. En effet, l'amaigrissement est souvent un signe révélateur de la maladie et sera aggravé par les traitements mis en route. [156]

Les dénutritions doivent être corrigées en préopératoire, le plus souvent durant la période de chimiothérapie périopératoire. Une immunonutrition périopératoire est indiquée et nécessite une prise orale préopératoire d'Oral Impact® pendant sept jours.

Que ce soit par jéjunostomie ou par une alimentation orale, la reprise de l'alimentation entérale en postopératoire doit être rapide afin de diminuer le taux de complications postopératoires et la durée d'hospitalisation. La ration calorique devra représenter au moins 1500 Kcal, fractionnée en 5 à 6 repas par jour. Les glucocorticoïdes et l'acétate de mégestrol peuvent être prescrits pour traiter l'anorexie et la cachexie. Les glucocorticoïdes sont administrés sur une courte période afin de stimuler l'appétit, diminuer la sensation de fatigue. L'acétate de megestrol a montré son intérêt en termes de prise pondérale, de réduction des douleurs, de sensation de faim [157].

2. Durée d'hospitalisation :

La durée d'hospitalisation varie en fonction de l'intervention pratiquée, et de l'état général du patient.

Elle est en moyenne de 10 à 12 jours en cas de gastrectomie totale et de 7 à 10 jours en cas de gastrectomie partielle.

3. Suivi et surveillance :

Le suivi du cancer de l'estomac s'intègre dans une prise en charge médicale globale, qui repose notamment sur la surveillance des complications tardives et des comorbidités du patient, notamment : [158]

- le contrôle des symptômes et de l'état nutritionnel ;
- une supplémentation en vitamine B12 tous les mois en cas de gastrectomie totale ;
- un soutien psychologique ;
- une aide au sevrage d'alcool et de tabac, le risque de développer des complications tardives (seconds cancers, troubles cardiovasculaires) étant majoré par le tabagisme et par l'alcool. Un bilan biologique est à réaliser :
 - un bilan sanguin, pour la surveillance de l'anémie, incluant notamment le dosage des folates, est à réaliser une fois par an.
 - Un examen clinique (plus ou moins consultation de diététique) tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans.
 - Une échographie abdominale tous les 6 mois pendant 5 ans.
 - Une radiographie pulmonaire tous les 6 mois.
- En cas de splénectomie : les vaccinations en usage sont proposés.
 - Pneumocoque 23 (Rappel tous les 5 ans)
 - Haemophilus influenzae b (Rappel tous les 3 ans).

- Méningococcique A+C (Rappel tous les 3 ans).
- Pénicilline V pendant au moins 2 ans, pas d'antibioprophylaxie recommandée pour les malades allergiques aux bêtalactamines.

–En cas de gastrectomie partielle la surveillance du moignon gastrique doit débuter 10 ans après la chirurgie et comporter une endoscopie digestive haute tous les 2 ans avec biopsies systématiques.

–Surveillance des récurrences péri-anastomotiques (après gastrectomie totale) par échoendoscopie chez des malades sélectionnés à haut risque de récurrence anastomotique (ex : marge envahie et traitée par radiothérapie).

VIII. Pronostic :

Malgré les progrès thérapeutiques, le pronostic des cancers gastriques reste sombre avec un taux de survie globale à 5 ans de 25% à tous stades confondus [159]. Cependant ce taux de survie varie grandement en fonction de certains facteurs pronostiques. Dont le seul facteur lié au patient, retenu dans les différentes études comme pouvant influencer la survie globale, est l'âge du patient. Un âge avancé (varie de 60 à 70 ans selon les études) est ainsi reconnu comme pouvant impacter de façon négative la survie globale.

Concernant les facteurs pronostiques liés au traitement, différentes variables ont été évoquées comme pouvant influencer la survie globale : le type de curage ganglionnaire, le rapport entre le nombre de ganglions métastatiques et le nombre de ganglions prélevés, le type de gastrectomie réalisée. Toutefois, le principal facteur pronostique lié au traitement reste la radicalité de la résection chirurgicale, des marges de résection envahies microscopiquement (résection R1) ou macroscopiquement (résection R2) étant très péjorative sur la survie globale.

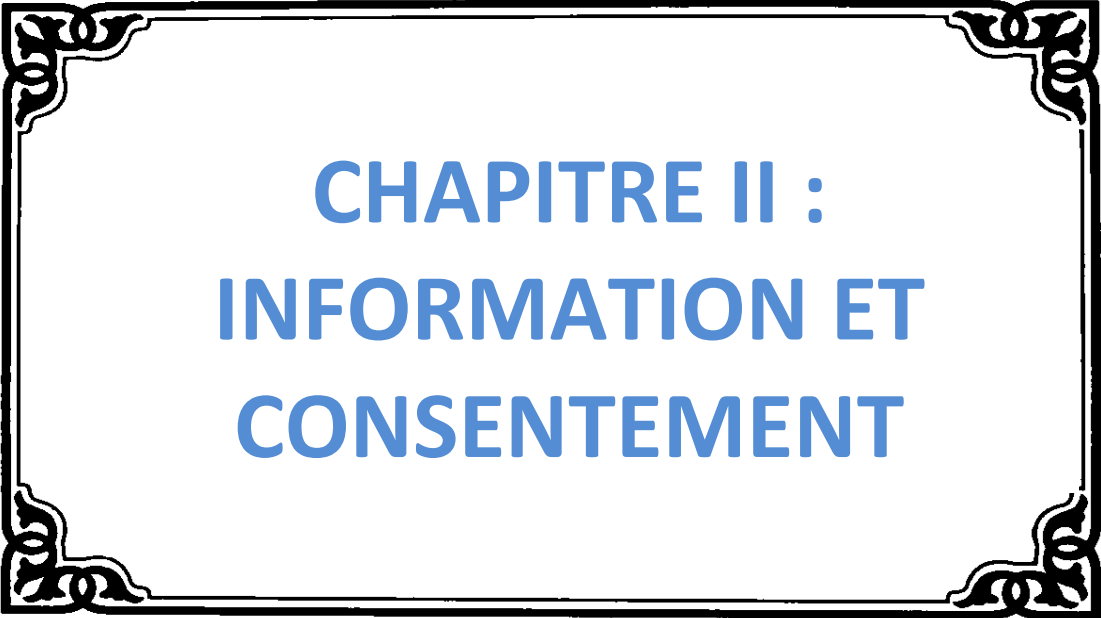
Pour les facteurs pronostiques liés à la tumeur, on trouve surtout le stade TNM, résumant à lui seul le degré d'extension pariétale mais aussi l'extension ganglionnaire et à distance de la tumeur.

1. Les facteurs de bon pronostic [160]

- Chirurgie curatrice sans résidu tumoral (résection R0) et limites d'exérèse saines.
- Age < 70 ans.
- Lésion T1 ou T2, pas de métastase, ni de ganglion envahi.

2. Les facteurs de mauvais pronostic

- Chirurgie avec résidu tumoral (R1 ou R2) ou limites envahies [161].
- Age > 70 ans, la localisation proximale [162].
- Tumeur diffuse de la classification de Lauren et limite gastrique : mauvais pronostic [163].
- Tumeur de plus de 4 cm, le ratio ganglion envahis / nombre total prélevé supérieur à 20 % [164].
- T3-T4, présence de métastase, ganglions envahis [165].
- Taux élevé d'ACE dans le liquide de lavage péritonéal et la présence de cellules néoplasiques sont des éléments prédictifs de la survenue de récurrence péritonéale [165].



CHAPITRE II : INFORMATION ET CONSENTEMENT

I. Relation médecin-malade :

1. Problématique :

La relation médecin-patient, rencontre dissymétrique par excellence, a connu une évolution considérable avec les progrès de la science et les changements des consciences. Au cours de ce colloque singulier, actuellement parasité par l'hyperspécialisation de la médecine, le développement technique, le manque de disponibilité, le consumérisme médical, et l'ère de la cybermédecine, se joue et se déjoue la maladie.

Ce face à face médecin-malade, de durée variable avec cette tendance nette à la diminution du temps moyen par consultation, étape pourtant capitale et garante d'une certaine qualité de la médecine, est souvent source d'une grande déception de la part des malades. Le patient inquiet, isolé, attend souvent de cette rencontre une prise en charge autre, prenant en compte sa personnalité, son affect, sa douleur et sa dimension sociale.

Des deux protagonistes : l'un qui se plaint, et l'autre qui sait et sait faire, doit naître un pacte de soins, basé sur la confiance engageant l'un à l'égard de l'autre. De cette rencontre initiale (interrogatoire) complétée d'exams para cliniques naît le diagnostic, démarche heuristique par excellence, impliquant de la part du professionnel son savoir. Ainsi, savoir écouter puis interroger est primordial. Notre expérience nous montre quotidiennement que la consultation tient souvent de la confession. L'attention et l'intérêt que le professionnel porte à son malade a un effet réel dans la réaction de ce dernier. Le développement actuel des médecines parallèles traduit la déception des patients après une consultation initiale qu'ils jugent expédiée en raison d'un investissement réduit dans l'écoute de leurs doléances. [166]

C'est autour d'une demande que s'instaure la relation entre un patient et son médecin. Une demande qui n'est jamais simple et qui, parfois, est même contradictoire. Ne serait-ce que parce que c'est une demande d'aide qui place celui qui demande dans une position d'infériorité ; mais l'aide qui est demandée ne justifie pas que le destinataire de la demande se place lui-

même en position de « pouvoir ». En fait, le médecin se trouve dans une position très délicate : il est différent des autres, car il possède une connaissance que les autres n'ont pas, il est celui qui « peut » et « doit » aider le patient, mais il ne doit pas utiliser ses compétences pour décider à la place d'autrui. Il possède un savoir-faire et une pratique, il a la possibilité de formuler un diagnostic et un pronostic, mais il ne peut connaître ce qu'un patient estime être réellement son bien. C'est pourquoi, les informations qu'il donne doivent permettre au malade de faire des choix, et de décider d'accepter ou pas ce qu'un médecin lui propose. Mais comment construire un rapport de confiance capable à la fois de laisser au médecin son rôle d'« expert » et de donner au patient une place de sujet ? Comment mettre en place des relations interpersonnelles sans se retrancher derrière des simulacres de dialogue entre sourds ? Comment éviter le piège d'une déresponsabilisation du médecin ? [167]

L'information du patient fait partie intégrante de la relation médecin-malade [168]. Pourtant combien de patients sont renvoyés avec une ordonnance vite rédigée, d'autres adressés à des spécialistes pour explorations complémentaires sans explications, ce qui majore leur angoisse et discrédite la pratique. Ces constats doivent amener à reconsidérer les modalités de l'information lors d'une consultation. Des textes définissent les contours de cette information, transformant ainsi pour le médecin une formalité toute naturelle, spontanée en une obligation réelle à l'égard du patient [169]. D'ailleurs, la façon dont les patients décrivent leurs antécédents médicaux traduit le décalage immense entre la représentation de leur maladie et l'approche scientifique du professionnel. Pour autant, le savoir médical est-il communicable et comment ?

C'est au médecin que revient la délicate mission d'informer son patient. Informer, signifie «mettre au courant, faire savoir». L'information, au sens courant, recouvre à la fois un contenu et une forme, ainsi que le fait de transmettre et de communiquer [170].

2. Evolution de la relation vers une responsabilisation du patient :

Jusqu'à une période encore récente, le médecin détenait tous les pouvoirs sur le patient qui n'avait qu'à consentir et à respecter passivement les ordonnances prescrites. La relation s'instituait dans un cadre hiérarchique où l'un des protagonistes avait savoir et pouvoir, tandis que l'autre ne pouvait guère faire autre chose que d'obéir aveuglement à celui qui savait. Au fil

des ans, cette relation a évolué et s'est équilibrée. Le temps du paternalisme médical est révolu ; le patient s'est responsabilisé et émancipé de l'autorité médicale. La loi du 4 mars 2002 en France [171] consacre cette évolution, loi qui reconnaît officiellement aux patients le droit de participer à la décision médicale, tandis qu'au Maroc la législation est encore loin derrière [172]. Le médecin doit délivrer au patient une information exhaustive, afin que celui-ci puisse consentir de façon éclairée à l'acte médical.

L'acquisition de cette autonomie trouve différentes explications. Elle s'inscrit dans un contexte général d'émancipation des individus, d'évolution des mœurs. Les lois Huriet en France sur la participation des patients aux essais thérapeutiques et à la recherche médicale ont également marqué une étape importante. Elles ont prouvé que les personnes dûment informées sur les risques, étaient capables de les accepter et de les comprendre.

Enfin, la médiatisation de la médecine et l'apparition de différentes sources d'information, ont mis un point final au monopole de l'information médicale que détenait le médecin.

Néanmoins, les sources d'informations sont multiples et complexes. La médecine est relayée par les médias, l'audiovisuel en tête.

L'apparition d'internet a bouleversé l'accès du grand public à l'information médicale. Et ce n'est probablement qu'un début puisque l'on sait qu'aux Etats-Unis, une majorité des patients vont faire confirmer le diagnostic de leur médecin sur des sites spécialisés sur le Web. Cela pose le problème du sérieux de ces sites et de la crédibilité des informations médicales qui y sont relayées. [173]

Les sources d'information se multipliant, le grand public doit avoir suffisamment de discernement acquis grâce à une éducation à la santé, pour pouvoir faire le tri dans la masse d'information dont on le bombarde.

Cette nouvelle responsabilisation du patient n'est pas toujours facile à assumer. Le fait est que, s'il existe aujourd'hui un nombre grandissant de patients bien informés, documentés et critiques à l'égard d'un pouvoir médical sans partage, la majorité d'entre eux reste mal préparée à une telle responsabilité. Bon nombre de patients se sentent désarmés devant le médecin qui

attend d'eux qu'ils participent aux décisions médicales les concernant ou, pire encore, qui concernent leurs proches qui sont dans l'impossibilité de s'exprimer. Pouvoir exercer pleinement ce droit, demanderait que l'ensemble de la population reçoive une éducation à la santé qui lui donnerait une culture de base, afin qu'elle ait suffisamment de notions médicales pour lui permettre de se prendre en charge le cas échéant. [174]

3. Communication dans la relation médecin-malade :

Force est de constater que la médecine s'est engagée dans une optique technicienne qui a pris le pas devant la dimension humaine et relationnelle. L'absence de dialogue et d'écoute a pu engendrer des comportements revendicateurs de la part des patients qui ne se sentaient pas considérés. [175] En effet, les patients souhaitent être davantage informés afin d'être acteurs de leur prise en charge.

Il existe plusieurs types d'informations en médecine : informations générales diffusées dans un but de vulgarisation et 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 doit être 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. [176]

En revanche, le patient est porté à formuler des questions témoignant de son grand besoin à être renseigné. Cependant, leur absence ne signifie pas nécessairement que la personne n'a pas besoin d'information ou comprend ce qui lui a été divulgué. Comme l'information doit être adaptée à la compréhension du patient, des auteurs sont d'avis que le médecin doit répondre aux questions [177].

Les questions du patient laissent supposer le besoin de renseignements supplémentaires ou une demande de les formuler différemment dans le cas où il existerait une lacune sur le plan de la compréhension. Dans cette dernière perspective, les questions posées par les personnes devant décider peuvent témoigner d'un besoin de reformulation et d'adaptation de l'information.

[178] En effet, dans notre société marocaine, qui se veut à la fois moderne et authentique, se côtoie différents profils de patients, avec des niveaux socio-économiques et culturels variables, ce qui oblige le praticien à adapter son langage en permanence.

4. Pacte de confiance et aide à la prise de décision :

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 est en effet destiné à éclairer la personne sur son état de santé, ainsi qu'à l'aider à prendre les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt. C'est d'ailleurs cette information qui est censée permettre aux patients d'accepter ou de refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui leur sont proposés. Elle est un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre patients et professionnels de santé, dont la finalité espérée est la construction d'une démarche de codécision totalement éclairée. [179]

Aujourd'hui, du fait d'une évolution progressive depuis une trentaine d'années, accompagnant une démocratisation de l'accès au savoir médical, la demande de participation des patients à la démarche de soins est croissante, posant la question de la liberté de choix des malades et questionnant de plus en plus les domaines où celle-ci serait niée. Dès lors, la pratique médicale peut devenir un bien de « consommation » où la participation du patient aux choix qui le concernent est reconnue comme un droit. Il va, désormais, s'agir d'une médecine où se mêleront les interrogations individuelles du patient sur son corps, son mal-être, ses désirs voire ses exigences [168]. Cela atteste de l'évolution de la société dans laquelle le citoyen devient acteur dans le domaine de la santé.

Dans ce contexte, la place de l'autonomie du patient dans la relation de soin se pose de plus en plus. Soulignons que cette participation du patient à la décision se pose d'autant plus que la pratique médicale relève de l'incertitude, du caractère non urgent et que la balance bénéfice/risque d'une action peut être discutée. [180]

On assiste alors à la promotion d'un individu « acteur de sa santé ». D'un malade « incapable de se gouverner lui-même et placé sous l'autorité du médecin »[181], nous sommes passés à la perception d'un individu « davantage envisagé comme autonome, souverain et acteur de sa prise en charge » [182], en témoignent les programmes d'humanisation des hôpitaux et les politiques visant à mettre « le malade au centre » [183] qui se succèdent depuis les années 1970. De même, les rhétoriques du « malade au centre du système » [183] et « d'une médecine orientée vers la personne » [183], la promotion d'un modèle de prise en charge participatif et d'une démocratie sanitaire concourent aujourd'hui à la valorisation de cet individu actif et non plus objet de soin. Cette valorisation de la figure de l'individu acteur est particulièrement visible dans la prise en charge des cancers.

II. Bases générales sur l'information en santé :

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. Imposée comme un droit du malade, elle doit tendre à transmettre à celui-ci ce qui est considéré par le médecin « la vérité » (c'est-à-dire ce que le médecin sait ou croit savoir).

L'information médicale est un principe incontournable de la relation médecin-patient, elle doit être délivrée par le médecin responsable avant, pendant et après la prise en charge du malade.

Cette information concerne le diagnostic, le pronostic, les moyens thérapeutiques, ainsi que le risque lié au soin. 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. [184]

1. Caractéristiques de l'information :

Loyale, claire et appropriée, ce sont les trois caractéristiques de l'information selon l'Article R4127-35 du Code de la santé publique.

–Une information loyale est une information honnête, sans dissimulation ou mensonges.

–Une information claire est une information simple, qui apporte au patient un contenu essentiel accessible sans trop de détails techniques ; approximative, schématisée et compensée ; et intelligible ce qui signifie qu'elle doit être compréhensible par le patient tout en évitant un vocabulaire trop scientifique.

–Une information appropriée est une information adaptée à la personnalité et à la situation propre à la personne soignée.

–Seule une information claire, loyale et adaptée permettra au malade de donner son consentement éclairé aux soins que l'équipe soignante va lui prodiguer [185].

2. Contenu de l'information

L'information présentée au patient doit être vraie ou tout au moins la plus vraie possible. La description des avantages et inconvénients de chaque option peut difficilement être exhaustive, mais doit insister sur les risques soit les plus fréquents soit les plus sévères soit les plus problématiques soit les plus craints par les patients ou par le patient.

L'information porte sur :

–La description, le déroulement et l'organisation des soins,

–Les actes envisagés et l'existence ou non d'une alternative ;

- Leurs objectifs, leur utilité, leur degré d’urgence ;
- Les bénéfices escomptés, et l’évolution sans traitement ;
- Les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles ;
- Les conseils à la personne et les précautions qui lui sont recommandées (éducation thérapeutique adaptée aux soins, et individualisée à la personne et son environnement) ;
- Le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées.

Il est essentiel de présenter les différents choix possibles, pour permettre à la personne de se représenter les enjeux de sa décision quelle qu’elle soit : accord ou refus.

Il ne faut également pas oublier l’aspect psychosocial et économique de l’information, concernant la qualité de vie, la relation avec l’entourage, les conditions d’accès aux soins, la prise en charge et le coût des investigations et traitements envisageables.

3. Véhicules de l’information :

L’information est habituellement orale : l’information orale est fondamentale car elle peut être adaptée à la situation de chaque patient, elle doit être délivrée au cours d’un entretien individuel préalablement à la prise en charge. Il est nécessaire d’y consacrer du temps et de la disponibilité, ainsi si nécessaire de la modifier selon le niveau du patient. Elle exige un environnement adapté et s’inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient.

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

Elle peut être écrite : [186]

- Sous forme de fiches ou livrets explicatifs surtout au patient atteint de maladie chronique
- Le dossier médical : C’est un document administratif comprenant trois parties : Une partie administrative contenant la fiche d’identification du patient : nom, prénom, adresse, couverture sociale, date d’entrée et date de sortie. Une partie médicale comprenant le

diagnostic, examens complémentaires faits, la fiche de prescription, compte rendu opératoire

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

Lorsque des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre à la personne pour lui permettre, au fil de l'information, de s'y reporter ou d'en discuter avec toute personne de son choix, mais aussi de susciter des questions auxquelles le médecin peut répondre.

En effet, l'information doit être personnalisée et, si une information écrite peut être un complément intéressant, l'information orale est la seule garante d'une bonne compréhension du patient. [187]

4. L'information en cas d'intervention de plusieurs professionnels de santé :

Dans ce cas, il est nécessaire que chacun informe la personne des éléments relevant de son domaine de compétence, en les situant dans la démarche générale de soins, sans présumer que l'information relevant de ses compétences a été donnée par d'autres. Dans ce contexte, la démarche consiste toujours à s'enquérir des informations déjà délivrées afin d'adapter l'information au parcours du patient.

5. L'importance de la traçabilité de l'information :

Le report dans le dossier, et donc le partage entre les professionnels impliqués dans les soins du patient, de la teneur des informations échangées avec le patient permet de favoriser la cohérence et la complémentarité de l'information. Ainsi, il est recommandé que le dossier médical de la personne mentionne : les informations majeures qui lui ont été délivrées ; par qui et à quelle date ; les difficultés rencontrées lors de leur délivrance ; les démarches entreprises pour améliorer la compréhension. Cette traçabilité participe à la continuité des soins.

Parce que ces mentions suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information, car faire signer un document au patient est considéré comme une méfiance à sa part et peut l'inciter

à douter de son médecin, sauf bien sûr quand celle-ci est exigée de façon réglementaire en particulier quand il s'agit d'une décision personnelle. Ainsi, un consentement réussi se déroule dans une ambiance de confiance, plus que de méfiance.

Il convient également d'insister sur la variété des moyens de preuve qui peuvent s'associer, et faire penser que le(s) professionnel(s) ont pu échanger avec le patient sur l'ensemble des éléments de nature à fonder un choix éclairé.

6. Charge de la preuve :

En cas de litige, c'est toujours au débiteur de l'obligation d'information qu'il incombe de prouver qu'il a satisfait à son devoir. Lorsqu'un patient prétend ne pas avoir été correctement informé, il appartient donc à l'établissement (milieu hospitalier public ou privé) ou au professionnel de santé (exercice libéral), d'apporter la preuve que l'information a été donnée. [188]

Une fois encore, la loi n'exige en rien la signature de quelque document que ce soit. Elle impose d'informer, ce qui n'est pas la même chose. Il n'est pas interdit de faire signer le patient, mais cela n'apporte en rien la preuve de son information, surtout si le document est standard, voire incompréhensible. C'est pour cela que la Haute Autorité de santé française (HAS) recommande de mentionner les entretiens avec le patient et les grandes lignes de ce qu'on lui a dit, dans le dossier médical. [189]

7. Droit d'être informé ou devoir d'informer ?

Cette question est importante puisqu'elle suppose de s'interroger sur le fait de savoir s'il est désormais légalement imposé d'informer chaque patient. La réponse juridique est négative. C'est au patient d'apprécier s'il souhaite ou non être informé. L'éventuel refus de savoir doit être respecté. Le patient a le droit de savoir ou de ne pas savoir. « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. » [188]. La différence n'est pas mince avec la situation antérieure où le praticien était autorisé « en conscience » à cacher des éléments au patient.

8. Conséquences du défaut d'information :

En ne délivrant pas une information « optimale », adaptée et exhaustive, le professionnel ne sera pas responsable d'une faute technique, suite à la réalisation de l'acte médical ou du soin en lui-même, mais d'une faute originale dont la nature et l'étendue ne sont pas légalement définies. La réparation de cette faute pour défaut d'information a donc été progressivement dessinée par la jurisprudence.

Ce droit développé par la jurisprudence civiliste est reconnu aux patients soignés au sein des établissements de santé aussi bien privés que publics. Le législateur a préféré déterminer le contenu de cette obligation d'information. Celle-ci a pour finalité de recueillir le consentement éclairé du patient. Ainsi, l'absence d'information ou la délivrance d'une mauvaise information peut aboutir à la mise en jeu de la responsabilité du titulaire de l'obligation d'informer. Ce défaut d'information constitue alors une faute qui a privé le patient de consentir en connaissance des risques.

Le défaut d'information est considéré comme une faute médicale d'un genre nouveau aux contours jurisprudentiels. [190]

III. Le Consentement aux soins :

Les professionnels de santé ont le devoir d'informer chaque patient, et de respecter ses choix, aboutissant au droit du malade de consentir à ou de refuser les soins proposés ou préconisés s'il considère qu'ils sont une atteinte à son intégrité corporelle. Ainsi, au sein de la résolution 15, dans l'Article 5 sur « Autonomy and individual responsibility » (Autonomie et responsabilité de la personne) de la déclaration des droits de l'homme rédigé en 2005 sous l'égide de l'Unesco, il est dit que l'autonomie des personnes à prendre des décisions, en assumant la responsabilité de ces décisions et en respectant l'autonomie des autres, doit être respectée. Dans son Article 6 sur « Consent » (Consentement), il est dit que toute intervention médicale préventive, diagnostique ou thérapeutique ne pourra être menée qu'avec le consentement préalable, libre, et éclairé par une information adaptée. Enfin, il y est rappelé que ce consentement doit, quand cela est nécessaire, être exprimé, et peut être retiré par la personne concernée à tout moment quelle qu'en soit la raison sans inconvénient ni préjudice [191].

Le fait que le patient puisse retirer son consentement à tout moment quelle qu'en soit la raison reste une situation difficile à gérer pour le praticien. Dans l'abord de cette situation, il n'est pas question de nier l'importance du principe d'autonomie, notamment quand il est question des droits du patient, et du respect du consentement libre et éclairé de la personne, requis pour toute décision thérapeutique, véritable pilier de la bioéthique. L'urgence chirurgicale s'accompagne souvent de stress, chez les professionnels comme chez le malade, et entraîne un certain degré de « vulnérabilité ». Cela suppose, de la part des soignants, des qualités morales qui rendent possible l'exercice par le patient de son autonomie souvent compromise par la douleur, la peur, ou la colère. Les soignants doivent être capables de communiquer, de rendre compréhensibles les informations prodiguées et de vérifier qu'elles ont été comprises. [192]

1. Le consentement en tant que vecteur d'évolution dans la relation médicale [190]

Tout d'abord, deux éléments pré-analytiques sont nécessaires pour arriver à la décision médicale finale : l'information et le consentement du patient. L'information médicale n'est pas une information ordinaire, elle est une des premières modalités de l'accompagnement du patient dans son parcours de santé. En effet, pour comprendre l'information, le patient doit être éduqué. Or ce dernier demande à être plus autonome et à avoir un accès direct au savoir. Il sollicite les professionnels pour avoir plus d'informations sur sa santé et les risques encourus. Mais il doit aussi être réassuré et sécurisé notamment au niveau de la qualité des processus et de la fiabilité des résultats des soins dont il fait l'objet.

La qualité de l'information donnée favorise un indice de confiance du patient envers le professionnel de santé. A ce titre, l'information est un outil, un accès à la protection de la santé. L'information doit être complète à savoir : porter sur l'état de santé, les risques des actes médicaux, l'évolution de la pathologie, la réalisation de tests de dépistage afin de prévenir l'apparition de maladies... Elle répond à une exigence de transparence mais elle est aussi un élément de la procédure médico-légale. Par conséquent, améliorer la transmission des informations de santé contribue à améliorer le consentement émis, ainsi que l'autonomie dans

la prise de décision.

Ensuite, le « contrat médical » est réputé synallagmatique 46, autrement dit il s'agit d'un contrat avec des obligations réciproques. Le médecin est dans l'obligation de faire quelque chose : accueillir le patient, le conseiller, lui prodiguer des soins et maintenir une surveillance. De son côté, les obligations du patient sont de deux sortes : rémunérer son médecin et suivre ses préconisations médicales. Effectivement, le contrat médical est un « contrat incomplet » car l'objet du contrat (la prise en charge du patient) se construit au fur et à mesure. La nature même des soins est parfois indéterminable lors de l'engagement du patient et du médecin. Par exemple, le médecin recherche les causes d'un syndrome infectieux et attend de son patient qu'il consente à l'élaboration du diagnostic via des prises de sang, des examens plus ou moins invasifs voire des interventions chirurgicales. En l'espèce, le contrat médical correspond d'avantage à un « contrat d'adhésion et d'observance ». Le patient adhère alors à une offre de soins, respectant généralement des protocoles définis par des experts.

Il convient encore de garder le postulat selon lequel c'est toujours l'accord des volontés, donc l'expression des consentements, qui forme le contrat. Celui-ci vise à réaliser un projet commun : **tendre vers la meilleure santé possible du patient**. Néanmoins, la situation se complique dès qu'il est question de négocier des « clauses » du contrat médical. Par conséquent, c'est suivant la qualité de l'information que les clauses pourront être discutées.

2. Autonomie du patient : du concept à la réalité

L'évolution vers une demande de plus en plus forte des patients pour une meilleure information et une plus grande implication dans les choix thérapeutiques les concernant, donc vers plus d'autonomie est une évidence légitime. Cependant, la définition même du terme « autonomie » en médecine est imprécise et discutée.

Le principe d'autonomie a été développé pour Miller [193] sous 4 axes. Tout d'abord l'autonomie comme action libre : capacité d'autodétermination du patient sans contrainte ni coercition. L'autonomie comme authenticité signifie que l'action est conforme aux valeurs de vie, au projet de vie du patient. L'autonomie comme délibération pratique s'exprime lorsque le patient a examiné toutes les options relatives à sa situation et en a déduit une proposition

rationnelle de traitement. Enfin, l'autonomie comme réflexion morale signifie que le patient peut dire sur quelles valeurs il fonde sa décision et l'acceptation de celle-ci. Pour cet auteur, le devoir de respect de l'autonomie est différent du devoir de respect de la volonté, des désirs du patient et implique toujours une analyse approfondie et critique de la demande et de la volonté du patient [194].

En effet, le sentiment de dépendance, la souffrance et l'atteinte à l'image de son corps peuvent altérer son autonomie [195] et un des buts du soin est de restaurer l'autonomie blessée du patient pour lui permettre de redonner un sens à son existence [196]. Pour le corps soignant, le respect de l'autonomie s'impose en tête des quatre principes de la bioéthique : autonomie du patient, bienfaisance, non-malfaisance et justice.

Il est évident que ces 4 principes sont plus ou moins prioritaires selon le modèle de société, lequel peut opposer notamment autonomie et justice ou bienfaisance [196]. Rappelons une spécificité américaine imposant de facto un rôle fondamental dans la décision au patient, celle des coûts de traitements qui impactent directement le patient aux États-Unis alors qu'ils sont, en Europe, usuellement pris en charge par la société. . . Peut-on alors parler réellement d'autonomie de décision selon la définition précédente ?

Quoi qu'il en soit, cette demande de plus d'autonomie, de possibilité d'autodétermination, d'avoir la liberté de décider de ce qui est bon pour soi, reste dépendante d'une information claire, complète et précise qui doit notamment permettre au patient de mettre en balance les avantages (gain en taux de guérison, en durée de vie, en qualité de vie) et les inconvénients (mutilations, complications, toxicités visibles et invisibles. . .) des traitements. Ce respect de l'autonomie ou de l'autodétermination du patient est souvent présenté comme une révélation assez explicite, parfois brutale du diagnostic, du pronostic et des diverses options thérapeutiques, le patient étant alors invité, éventuellement avec l'aide de sa famille, à choisir par lui-même son traitement. En réalité, cette annonce est et doit être lente, patiente et idéalement, répétée.

Le respect de l'autonomie doit toujours, pour le médecin, passer par la certitude que l'information transmise a été comprise et que les conséquences d'un consentement ou d'un refus ont été assimilées. Le partage de la vérité a toujours un coût et tout patient ne peut pas toujours tout entendre ; il faut « tenir compte de la personnalité du patient ». L'information doit pouvoir

être modulée en fonction de ce que l'on sait du patient, ou de ce que l'on suppose et de la façon dont se déroule l'annonce. [197]

3. Consentement libre et éclairé :

Le consentement donné par le patient est tout d'abord qualifié de « libre », c'est-à-dire il ne doit pas être sous la contrainte physique ou morale ni de la part du médecin ni d'un tiers. Le médecin doit, en conséquence, s'assurer que le consentement du malade n'est pas « imposé ». Dans la mesure du possible, le temps de réflexion nécessaire à une bonne compréhension de la situation doit être accordé. Ensuite, le patient doit être en état de comprendre et d'exprimer valablement sa volonté. Il ne doit pas être sous l'effet de substance altérant son jugement, souffrant de maladies mentales ou encore dans un état de surexcitation le rendant incapable de prendre une décision. Dans ce cas, on sera obligé de différer l'intervention jusqu'à ce que le patient retrouve son discernement normal, sauf en cas d'urgence.

Le consentement « libre » implique également que le patient envisage l'intervention médicale avec sérénité, et sans être bousculé par le médecin. Le patient doit pouvoir disposer normalement, avant de prendre une décision, d'un délai de réflexion qui lui permettra d'en évaluer les avantages et inconvénients, de poser certaines questions, ou encore, de prendre un autre avis médical [198]

C'est ainsi qu'un consentement obtenu sous l'influence de l'erreur, du dol ou de la violence, est vicié et n'est pas par conséquent considéré comme consentement valide (article 38 et 39 du code marocain des obligations et des contrats) [199]

Ensuite, le consentement est dit « éclairé », le patient étant, sauf exception, une personne hors domaine médical, il ignore les risques et les conséquences des actes envisagés par le médecin. Seule une information complète permet de l'éclairer suffisamment pour qu'il puisse consentir pleinement et valablement à l'acte médical.

Cette nécessité ne libère pas autant le médecin de donner au malade son meilleur jugement. Le consentement éclairé, ne veut pas dire que le médecin se borne à expliquer les deux côtés du problème, et demander ensuite au malade de se décider. Le médecin doit exposer le problème, donner son avis au patient et essayer de comprendre les sentiments de celui-ci en

l'invitant, si le malade a de sérieux doutes, ou s'il doit prendre une grave décision à consulter un autre médecin.

Enfin le consentement doit être renouvelé : le consentement du patient recueilli au moment de l'admission ne peut pas être valable pour tous les actes subis par le malade durant son séjour à l'hôpital. Le consentement devra être donné pour un ou plusieurs actes précis et ne pourra autoriser un médecin ou chirurgien à pratiquer une intervention non prévue quelle qu'en soit par ailleurs l'opportunité [200].

4. Traçabilité répétée du consentement :

La procédure de consentement repose essentiellement sur la documentation du processus à l'aide d'une fiche ou d'un formulaire de consentement ou sous une autre forme de consignation appropriée de la discussion à propos du consentement. Cet argument documentaire ne constitue qu'une démonstration de la procédure de consentement à un moment précis. Ce n'est pas le consentement libre et éclairé comme tel [201].

Le consentement ne cible pas un moment précis, mais correspond plutôt à un rapport entre le patient et le médecin. Il est, en d'autres termes, un processus et non pas un instant fixé [202].

Le consentement peut être exprimé par écrit ou verbalement. Alors que le consentement écrit constitue la forme de consentement idéale, le consentement verbal documenté suffit habituellement, sauf en cas d'intervention chirurgicale pour laquelle il vaut mieux d'utiliser un formulaire de consentement.

Le médecin devrait documenter au dossier médical les discussions aboutissant au consentement verbal, spécifiquement le sujet de la conversation, les principaux points traités, le traitement et le pronostic, les préoccupations ou inquiétudes du patient, la décision du patient, la capacité décisionnelle du patient établie par le médecin et le caractère volontaire ou libre du consentement.

Sachant que le consentement est un processus, le médecin doit revoir la question périodiquement, en reprenant cette discussion (et en la documentant) avec le patient, pour faire le point sur la situation et voir s'il y a lieu de renouveler le consentement en fonction de l'évolution des circonstances. [203]

5. Aspect particulier du consentement : le refus des 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. [204]

Lorsqu'un patient refuse les soins proposés, une négociation complexe s'engage entre le médecin et lui. Deux volontés se confrontent, celle du malade et celle du médecin, s'ajoute une demande de la famille et des proches dans un contexte sociétal donné. Ce conflit comporte des enjeux éthiques manifestes : ce qui est médicalement souhaitable pour un malade est refusé par le malade lui-même.

La première réaction du médecin, face à un refus de soin, est de tenter d'en comprendre les raisons et de tenter de le surmonter. [205] Il est essentiel de toujours faire une analyse approfondie d'un refus de traitement. S'agit-il d'un trouble dans la compréhension de la situation par le malade, s'agit-il d'un défaut de raisonnement, de l'expression d'une opposition au praticien ou bien d'un véritable refus rationnel et réfléchi ?

Un refus de soin trop rapide n'est qu'une première étape. Ce n'est seulement qu'après ce préalable que débute un réel temps de discussion, à la recherche d'un accord sur les soins. Le médecin ne doit pas se satisfaire d'un simple refus et doit tout mettre en œuvre pour tenter d'obtenir un consentement.

Le refus de soin est souvent vécu comme un échec par les soignants. Ils peuvent alors être tentés de faire pression sur le malade, directement ou par le biais de sa famille, pour le pousser à accepter la proposition thérapeutique ou à poursuivre les traitements. Un refus de soins ne signifie pas toujours un refus de tous les soins, il ne conduit pas forcément à une rupture, le rôle du médecin est de trouver une solution et de chercher un nouvel accord même minimal.

Le médecin doit respecter le choix du patient, le droit de donner ou non son consentement étant une liberté fondamentale. Il faut toutefois que l'information sur les risques de ce refus soit exhaustive. Il faut que le médecin prenne le temps de s'entretenir avec le patient, qu'il s'assure

que celui-ci a bien compris les conséquences de son choix après avoir mis tout en œuvre pour obtenir le consentement. A défaut de l'obtenir, il ne peut intervenir contre la volonté du patient qu'en cas de mise en jeu du pronostic vital, en ne pratiquant que les actes indispensables et proportionnés à l'état du malade.

Néanmoins, des précautions doivent être prises :

- Répéter l'entretien ou faire intervenir d'autres personnes (infirmière, étudiant) et ne pas se résoudre trop vite au refus ;

- Écrire sur le dossier médical l'information qui a été apportée et la réaction du patient (refus) ;

- Ne pas hésiter à informer la famille (si elle est présente) de la nécessité du traitement et du refus du patient... sauf si le patient s'y est opposé.

Dans les établissements, il convient également de faire signer au patient un document de « sortie contre avis médical ». Il ne s'agit pas d'une décharge de responsabilité. C'est un document qui est prévu dans la réglementation pour les établissements publics, dans lequel le patient reconnaît avoir été averti des risques du refus du traitement.

IV. De l'information/consentement à la prise de décision

partagée :

La notion de décision médicale partagée découle de la notion d'autonomie du patient que nous avons développée dans le chapitre précédent, sous l'éclairage d'un changement de paradigme, que certains considèrent comme l'évolution d'une « Société paternaliste » vers une « Société démocratique ».

Ce nouveau processus décisionnel a pour objectif de promouvoir l'association des patients à la qualité et à la sécurité de leur prise en charge, à travers un accord réciproque entre médecin et patient, prenant en compte les risques chiffrés des divers options thérapeutiques et les préférences du patient.

La « décision médicale partagée » optimise la relation médecin malade et s'insère dans la notion du patient acteur de ses soins. Elle est décrite en deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont : l'échange d'informations ; et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant sa santé individuelle.

Le déroulement de ce processus se fait comme suit :

–dans un premier temps, le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique. Insistons, dans cette notion de « partage bilatéral », sur l'attitude qui doit consister à faciliter, initialement et au cours de l'échange, l'expression par le patient de ses connaissances, perceptions, ou craintes, qui pourra éclairer le médecin sur les domaines personnels, et variables selon les patients, sur lesquels les échanges d'information doivent être approfondis ;

–le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de ne pas agir ;

–un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé.

Dans la majorité des situations, il n'y a pas de difficulté quand les préférences du patient sont conformes au conseil médical. Mais il se trouve des situations au cours desquelles une incompréhension réciproque des objectifs de chacun peut évoluer vers une situation de conflit. Il faut différencier le refus de recevoir/ d'échanger des informations, du refus des soins proposés, après avoir échangé ces informations dans un contexte ne permettant pas « une bonne réception » de celles-ci.

Pour minimiser ce risque de refus qui pourrait mener à la rupture du partenariat médecin-malade, il est important d'insister sur le fait que l'échange avec le patient doit être mené selon les règles de la communication thérapeutique, c'est-à-dire donner de l'importance au langage non verbal ou para-verbal, être à l'écoute, faire preuve d'empathie, et utiliser les techniques de reformulation. De cette manière, on cherchera à nouer une relation de partenariat avec le patient de sorte à l'impliquer effectivement dans les décisions qui pourront être prises.

V. Les exceptions du droit d'information et de consentement :

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

1. L'urgence :

Il existe une hypothèse générale de dérogation au principe du respect du consentement libre et éclairé, et par conséquent au droit à l'information préalable, qui est l'urgence. En cas de péril vital et imminent, la priorité est celle du soin de secours, sans égards pour la volonté passée ou présente du patient. [189]

On définit généralement l'urgence comme étant la «nécessité d'agir vite» [206]. Dans une telle situation, le temps n'est pas disponible pour discuter des options de soins, de bénéfices et de risques qui, de toute façon, sont à leur face même moins importants que l'absence de soin. L'abstention de divulgation d'information est alors justifiée en situation urgente et demande que le professionnel substitue son «jugement à celui de son patient » [207].

La nécessité de demander un consentement éclairé dans cette situation n'est pas écartée de manière absolue : lorsque cette dernière le permet, le médecin peut prendre quelques instants pour informer et obtenir le consentement.

Il convient de mentionner que toute pression temporelle n'équivaut pas nécessairement à une situation d'urgence. Ainsi, le médecin aura toujours l'obligation de s'entretenir avec le patient conscient et de l'informer des différents aspects de sa condition dans la mesure où l'urgence lui permet de prendre quelques secondes pour demander l'accord au soin [208]. Toutefois, dans un tel cas, la portée de l'obligation de renseigner peut être considérablement restreinte [209].

Le caractère d'urgence est en soi une raison pour laquelle l'information n'a pas à être complète. Il va dans l'intérêt du patient d'agir vite. Le soignant doit agir dans les plus brefs délais. Ainsi, si « l'urgence et un danger grave et immédiat » dispensent le médecin de demander un consentement [210], il est clair que les mêmes circonstances ne l'obligent certainement pas à divulguer l'origine ou la nature du danger [211]. La divulgation d'information, dans le cadre

de l'urgence, est souvent allégée, sinon annihilée [212].

2. Le patient ne voulant pas recevoir l'information :

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

Il arrive qu'un patient ne veuille pas recevoir l'information sur son état ou un soin donné. Cette situation se présente lorsque la personne, pour une raison ou une autre, ne veut pas gérer l'information. Ainsi, la peur des termes médicaux référant à la description trop précise d'une intervention pourrait amener le patient à ne pas vouloir d'information sur cet aspect [213]. Pareillement, le sentiment de confiance que le patient ressent devant l'expertise du médecin pourrait, quant à lui, avoir pour effet que le premier donne au second la charge de gérer les décisions médicales à prendre. Un sentiment d'incompétence à décider pourrait aussi avoir le même effet.

Eu égard aux exigences générales touchant l'obligation de renseigner le patient, nous avons déjà mentionné que ce n'est pas parce qu'une personne ne demande pas d'information qu'elle n'en a pas besoin. Le désir de ne pas recevoir d'information doit être exprimé expressément de la part du soigné. Il ne doit surtout pas être déduit par le soignant.

Devant une demande de non-divulgence de l'information, la question n'est peut-être pas nécessairement de savoir si oui ou non le médecin doit respecter ce refus de connaître. Il faudrait se pencher sur les raisons qui poussent ainsi le patient à craindre l'information. Le patient peut croire qu'il n'a pas le choix de toute façon, ou il n'est peut-être pas prêt à assumer l'intervention, ou il ne veut pas montrer qu'il ne comprend pas à moins, peut-être, qu'il ne connaisse déjà l'information. Il apparaît donc que le médecin devrait interroger ce refus car le fait d'occulter ainsi des éléments fondamentaux du processus décisionnel peut être le symptôme d'une problématique de ce processus [214].

3. Cas des patients particuliers :

Le principe du respect de la personne se divise en deux exigences morales distinctes : l'exigence de reconnaître l'autonomie - via l'expression du consentement - et celle de protéger

ceux qui ont une autonomie diminuée mais dont le consentement doit être recherché.

3.1. L'incapacité à consentir :

Pour déterminer si un patient a la capacité décisionnelle, le médecin doit déterminer s'il est capable de ces quatre capacités : compréhension, expression d'un choix, appréciation et raisonnement. Il faut évaluer sa capacité à comprendre et à manipuler l'information reçue. Il doit pouvoir prendre des décisions sur la base de cette information en sachant justifier cette décision. Le niveau de compétence requis doit être proportionné à l'importance et à la gravité de la décision à prendre.

Le principe est la capacité ; l'incapacité est l'exception.

Il faut être sain d'esprit pour consentir valablement à un contrat. Sur le plan lexical, une personne saine d'esprit est une personne sensée, raisonnable. A contrario, cela fait écho à l'insanité, la déraison, l'irrationalité, la démence, ainsi qu'au volet médical de la santé mentale telle que la folie, l'aliénation mentale... Sont exclus alors du droit de contracter tous les malades dont le jugement serait mentalement altéré.

La personne dont la capacité à consentir est empêchée par des facteurs d'ordre mental se voit reconnaître le droit à des soins et des traitements conformes aux mêmes normes que les autres malades. De ce fait, le praticien doit tendre à préserver et à renforcer son autonomie personnelle et doit tout tenter pour informer le patient de la nature du traitement, pour le faire participer, dans la mesure du possible, à l'application du traitement. [215] Il y a lieu le cas échéant de choisir quelqu'un qui prendra pour lui les décisions relatives aux soins. Il convient de respecter dans la mesure du possible les souhaits exprimés par le patient alors qu'il était toujours capable de prendre des décisions.

3.2. Le mineur :

Le mineur, en tant qu'incapable, ne figure pas en personne sur la scène juridique. Il n'émet pas lui-même la volonté qui formera le contrat de soin. La loi, lui impose un représentant dit représentant légal, qui va agir en son nom et pour son compte. Le mécanisme de cette représentation met en œuvre la notion de pouvoir qu'il convient de distinguer de la notion de capacité [216].

A l'inverse, le représentant légal ne peut autoriser toutes les interventions car il doit respecter l'intégrité de la personne du mineur. Dans la pratique, le problème se pose rarement. Le médecin ne recherche le consentement du représentant légal de l'enfant que dans les cas où il souhaite le convaincre de l'intérêt d'une tentative difficile, voire d'une expérimentation thérapeutique. [217]

Dans les cas de défaillance grave des parents qui mettent en péril la santé de leurs enfants, le médecin peut aujourd'hui être conduit soit à intervenir personnellement soit à provoquer l'intervention des autorités publiques compétentes en vue de faire ordonner l'hospitalisation d'un mineur ou une opération sur la personne d'un enfant déjà hospitalisé. [218]

Toutefois, appelé d'urgence auprès d'un mineur et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, le médecin doit user immédiatement de toutes ses connaissances et de tous les moyens dont il dispose pour parer au danger menaçant. Il ne peut cesser ses soins qu'après que tout danger soit écarté ou tout secours inutile ou après avoir confié le malade aux soins d'un confrère [219].

3.3. Le majeur sous tutelle :

Pour les majeurs sous tutelle, c'est le tuteur qui doit être informé.

On notera cependant que les majeurs sous tutelle ont le droit de recevoir eux-mêmes une information, d'abord par le professionnel de soin qui délivre une information adaptée et ensuite par la personne chargée de sa protection, et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement. [220] Sa participation doit toujours être recherchée.

3.4. Le patient hors d'état d'exprimer sa volonté :

Il faut envisager les cas du patient hors d'état de s'exprimer ou ayant besoin d'une aide pour exprimer sa volonté. A cet effet ont été prévu les directives anticipées en cas d'impossibilité pour un patient d'exprimer sa volonté, et la personne de confiance pour aider à faire ressortir la volonté d'un patient. Il existe une hiérarchie de l'expression du consentement d'un patient à respecter.

3.4.1. Les directives anticipées :

La possibilité de refuser ou de consentir aux soins peut être anticipée. Elle peut se concrétiser par des dispositifs légaux : les directives anticipées et plus largement, les « testaments de vie ».

Il s'agit d'indiquer ses souhaits par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque la personne est en fin de vie ou atteinte d'une maladie grave. Cela peut permettre d'anticiper le jour où l'on sera hors d'état d'exprimer sa volonté en obligeant, sauf exception, les médecins à tenir compte de ces directives. Ces directives sont révisables et révocables à tout moment.

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

Leur conservation se fait préférentiellement dans le dossier médical du patient. Elles peuvent cependant être conservées par leur auteur ou par sa personne de confiance. Un patient peut signaler au moment de son hospitalisation qu'il a rédigé des directives anticipées et quelles sont les coordonnées de la personne qui en est détentrice. Elles doivent être accessibles aisément par le médecin qui est amené à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

3.4.2. La personne de confiance :

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin [221].

La désignation d'une personne de confiance est une proposition offerte au patient : la personne de confiance est aux côtés du patient pour aider et assister dans un premier temps, pour s'exprimer au nom du patient dans une autre phase. Cette mission suppose des instructions de celui qui désigne. On ne saurait accepter d'être le porte-parole du malade sans avoir un minimum de connaissances sur la volonté de celui-ci relative aux traitements et soins futurs [222].

La désignation est révocable par le patient à tout moment et la personne sollicitée peut

refuser ce rôle.

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

La personne de confiance peut accompagner le patient lors des consultations médicales, l'aide à prendre des décisions et l'assiste dans ces démarches. Elle peut par ailleurs être consultée par les médecins dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires. Son rôle reste cependant consultatif et non décisionnel.

3.4.3. Hiérarchie des modalités de consentement :

Quand il le peut, c'est toujours le patient lui-même qui exprime son consentement.

En phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ne pouvant pas donner son consentement, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches [223].

La hiérarchie de l'expression du consentement d'un patient à respecter s'établit comme suit : [224]

- si possible : le patient lui-même, toujours ;
- si impossible : le patient par ses directives anticipées ;
- si impossible : le patient par la personne de confiance dont le témoignage prévaut sur tout autre témoignage ;
- si impossible : la famille ou les proches.

VI. Information/consentement dans les lois et codes de déontologie médicale :

L'Association Médicale Mondiale, dans une déclaration des droits du malade de 1980 précise : après avoir été adéquatement informé sur le traitement proposé le malade a le droit de

l'accepter ou de le refuser.

La déclaration de l'OMS sur la promotion des droits des patients en Europe adoptée le 28-30 avril 1994 à Amsterdam affirme qu' : « aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement éclairé, préalable du patient » [225].

La convention européenne de bioéthique : « une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ...la personne concernée peut à tout moment librement retirer son consentement » (Article5).

1. Canada : [178]

Nous commencerons par le droit canadien et plus particulièrement par le code civil québécois qui entreprend cette problématique dans ses articles 10 et suivants. Selon ces dispositions, il ne peut être porté atteinte à l'intégrité physique de la personne sans que cette dernière n'ait consenti de manière « libre et éclairée » (article 10). Cet article fait office d'introduction à l'ensemble des dispositions suivantes qui concernent, en particulier, les soins.

D'une manière générale, il est impossible au Québec, selon l'article 11 dudit Code, de pratiquer des soins sans le consentement de la personne. Cette notion de soins est large et concerne tant les actes de prévention, d'investigation ou les actes curatifs. Cette exigence légale semble néanmoins souffrir d'une exception résultant de « l'urgence ». Selon l'article 13 « En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile ».

Concernant le mineur, en matière de santé il incombe au « titulaire de l'autorité parentale ou au tuteur » de consentir pour l'enfant selon l'article 14 du même Code. Cette règle se limite, selon l'alinéa 2, à l'âge du mineur qui peut dès « 14 ans » consentir seul à un acte médical.

2. Espagne : [178]

En Espagne, le consentement médical est réglementé par la loi n°41/2002 du 14 novembre 2002. Son article 8 dispose que « Tout comportement dans le domaine de la santé » nécessite l'expression d'un « consentement libre et volontaire » de la part du patient.

L'article poursuit en définissant les critères d'un tel consentement. Si par principe un tel consentement est exprimé de manière verbale, il existe des situations où l'écrit est exigé. Il est de mise lorsque l'intervention peut être qualifiée de « chirurgicale », lorsque l'acte de diagnostic ou thérapeutique est « invasif » ou lorsque l'intervention entraîne des risques connus et « prévisibles » affectant la santé du patient. Toujours selon cet article, le consentement du malade est révocable à tout instant.

3. Belgique : [226]

Le Code de déontologie belge mentionne dans ses articles 28 et 29: Le médecin doit s'efforcer d'éclairer son malade sur les raisons de toute mesure diagnostique ou thérapeutique proposée. Si le malade refuse un examen ou un traitement proposé, le médecin peut se dégager de sa mission à condition d'en avertir le patient ou son entourage, d'assurer la continuité des soins, et de fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède.

La jurisprudence précise : - "Qu'à peine de devoir supporter les risques de l'intervention, le médecin est tenu, avant de procéder à une intervention comportant des dangers sérieux, d'obtenir au préalable l'assentiment du malade et que, pour être valable, ce consentement doit être libre et éclairé. "Qu'il ne saurait être question d'imposer au praticien l'obligation de faire apparaître à son client toutes les conséquences défavorables possibles de l'intervention, même les plus rares et les plus hypothétiques, au risque d'effrayer le patient et de le voir refuser à son plus grand dommage, une intervention qui s'avérerait nécessaire." (arrêt de la Cour d'Appel de Bruxelles du 21 juin 1967).

La loi du 22 août 2002 relative au droit du patient dans son article 8 précise que :

–Les informations fournies au patient en vue de la manifestation de son consentement concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-

indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel...

–Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

4. France : [227]

Code civil :

Article 16-3 : Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Code de la santé publique : Loi du 4 mars 2002

–Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

–Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

–Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

–La volonté d’une personne d’être tenue dans l’ignorance d’un diagnostic ou d’un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

–Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l’autorité parentale ou par le tuteur (...). Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d’une manière adaptée soit à leur degré de maturité s’agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s’agissant des majeurs sous tutelle.

–Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l’information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre de la santé.

–En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l’établissement de santé d’apporter la preuve que l’information a été délivrée à l’intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

–L’établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Code de déontologie médicale : Article 35 :

Article L. 1111-2 : 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.

Toutefois [...] un malade peut être tenu dans l’ignorance d’un diagnostic ou d’un pronostic graves, sauf dans les cas où l’affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu’avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article L. 1111-4. : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu

des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit 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, le médecin doit 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». [228]

5. Au Maroc : [229]

5.1. L'information du malade :

Le droit à l'information médicale ne bénéficie jusqu'à aujourd'hui d'aucune indication claire et précise dans le code de déontologie médicale marocain.

D'ailleurs, l'article 24 dudit code rappelle cette obligation seulement comme condition à la continuité des soins lorsque le médecin décide de se dégager de sa mission : « Le médecin peut [...] se dégager de sa mission en se conformant aux prescriptions de l'article 25, à condition : de ne jamais nuire de ce fait au malade dont il se sépare, et de fournir les renseignements qu'il juge en conscience utiles à la continuation des soins. »

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

De plus le médecin est même tenu de s'abstenir d'informer le malade lorsqu'un pronostic est extrêmement grave : « 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. »

5.2. Consentement :

Les lois actuelles au Maroc ne traitent pas le principe du consentement, exceptions faites des textes relatifs à la transfusion sanguine et à la transplantation d'organes. [230]

Cependant, cet état de fait est amené à changer, l'introduction dans la pratique médicale d'une information écrite est en phase de discussion. Le droit du patient à l'information et de donner son consentement deviendra obligatoire : à cet égard un projet de loi a été présenté au secrétariat général du gouvernement où le consentement deviendra indispensable pour le professionnel de santé avant toute intervention thérapeutique. [231]

**CHAPITRE III :
CONSENTEMENT
ECLAIRE POUR LA
CHIRURGIE DU
CANCER DE
L'ESTOMAC**

I. Information et consentement du malade cancéreux :

1. Particularités du cancer :

Si la conception d'un individu acteur de sa santé et les approches et rhétoriques mettant au centre de la prise en charge des sujets « informés », « associés aux décisions » et, plus largement, « actifs » dans la gestion de leur santé et de leurs maladies traversent l'ensemble de la société [232], force est de constater que le cancer est un terrain particulièrement intéressant pour les étudier.

Si les progrès des traitements du cancer et du dépistage précoce permettent un plus fort taux de survie des personnes touchées, le cancer reste une pathologie grave engageant le pronostic vital. Sa prise en charge nécessite des traitements lourds, aux effets destructeurs tant sur le corps que dans la vie quotidienne de la personne touchée.

L'augmentation du nombre de cancers diagnostiqués et de décès liés à cette pathologie crée également un paradoxe qui maintient l'image du cancer comme fléau [233]. Quand bien même cette maladie ne serait pas nécessairement fatale, cette représentation de fléau est également appuyée par le fait qu'elle puisse toucher n'importe qui, n'importe quand. Affectant indistinctement hommes et femmes, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées de toutes classes sociales, le cancer n'épargne théoriquement aucun individu.

Encore de nos jours, l'évocation du mot « cancer » provoque crainte et peur chez une majorité de personnes. De fait, la population marocaine le considère comme la maladie grave par excellence, loin devant le Sida et les maladies cardiovasculaires. Ainsi, recevoir un diagnostic de cancer est sans nul doute un des événements les plus traumatisants dans la vie d'une personne et de ses proches et l'annoncer est une des tâches les plus difficiles à accomplir pour les médecins.

Concurremment à cela, la relation entre médecin et personne malade se transforme et les personnes revendiquent de plus en plus un droit à l'information complète sur leur état de santé, ainsi qu'une participation accrue dans les décisions médicales qui les concernent. Plusieurs lois relatives aux droits des malades se sont succédées à travers le monde comme fruit de ce changement des mentalités, tout comme certaines mesures dévolues spécifiquement aux aspects

relationnels du soin, dont la mise en place d'un dispositif d'annonce pour permettre aux patients de bénéficier des meilleures conditions d'annonce du diagnostic.

Or, si suite aux examens pratiqués, le diagnostic peut être formellement donné, l'évolution de la pathologie, les effets des traitements et le pronostic font l'objet d'une incertitude. Le cancer est en effet une pathologie pour laquelle les traitements, bien que de plus en plus efficaces et performants, ne peuvent assurer avec certitude la guérison. Ainsi, au moment de l'annonce d'un diagnostic de cancer, les soignants ne peuvent en aucun cas garantir que les traitements proposés conduiront à la guérison du malade, ni même qu'ils pourront lui apporter la survie.

Annoncer un cancer n'est donc pas chose facile. Il paraît pourtant essentiel que cette étape soit la mieux « réussie » possible, à la fois pour le médecin, pour le patient et pour la relation de confiance qui se fonde entre ces deux protagonistes [234]. Il s'agit, en effet, d'un moment clé dans la relation médecin-malade qui déterminera profondément les rapports de confiance mais aussi la compliance aux traitements et le vécu de la maladie.

2. Aspects psychologiques, éthiques et sociaux : [235]

2.1. Aspects psychologiques :

L'évidence de la vie ne va plus de soi dès lors que le médecin a prononcé le mot "cancer" ou "tumeur". Les paroles des malades témoignent de l'empreinte que laisse, jusque dans les profondeurs de la psyché, la parole médicale liée à l'annonce, la récurrence ou l'évolution péjorative.

L'expérience émotionnelle est d'une extrême violence car l'impact du cancer dans le corps fissure l'image de soi devant le miroir. La pensée, jadis tremplin de l'élan vital, est également ébranlée dans ses certitudes. En effet, le cancer dans son évolution péjorative ou même sa rémission, met en danger les repères que s'est construite la psyché sur le fil du temps. Le futur s'écroule, le passé est révolu et le présent est impensable.

Epreuve du doute, le cancer entraîne une variété d'attitudes intra-psychiques conscientes et inconscientes qui atteste de la qualité de la mobilité psychique tout en révélant le sens du

travail intérieur de celui ou celle qui traverse cette épreuve.

Les anxiétés et les angoisses dépressives ne manquent pas d'émerger car le cancer est une expérience d'effondrement psychique dans laquelle la question de l'existence-même se pose. Il y a une difficulté, voire une impossibilité d'entendre d'où le rejet des affects avant même qu'ils ne se soient présentés dans la psyché qui s'enferme alors dans le déni. C'est parce que l'angoisse dépressive du cancer est vécue comme une amputation d'une partie de soi que peut s'installer un clivage. Celui-ci représente un mode de fonctionnement à soi et à l'autre, le temps nécessaire pour assimiler les informations médicales.

L'absence d'affects ou l'enlèvement de ceux-ci, ou encore l'aspect figé des mécanismes de défense doit nous interpeller. Il est important de les repérer du fait du risque pour le patient d'évoluer dans des modes de fonctionnement plus archaïques.

Le travail du médecin consiste à soutenir l'épreuve de l'effondrement et à restaurer l'identité du sujet dans une remise en jeu du désir.

2.2. Aspects éthiques :

Les aspects éthiques les plus spécifiques au cancer sont le plus souvent liés à l'annonce du diagnostic et aux propositions thérapeutiques qui s'en suivent.

2.2.1. Valeurs et principes éthiques :

Les valeurs qui sous-tendent la relation médecin-malade sont marquées par le souci de bienfaisance qui doit guider les propositions du médecin, et par le respect de l'autonomie du patient. A l'évidence, la décision à prendre doit être la bonne pour le bien du malade et avec son consentement éclairé. La nécessité de la concertation pluridisciplinaire découle du principe de bienfaisance : aucun médecin aujourd'hui ne peut prétendre en effet à des connaissances et à une expérience sans failles. Mais la concertation ne dispense pas le médecin de sa responsabilité personnelle dans la décision à prendre et dans la communication avec son patient.

La décision fait également appel au principe d'autonomie dont découlent les principes de proportionnalité et de futilité. L'autonomie s'exprime dans la capacité du malade à prendre la décision (consentement ou refus) qu'il juge la plus appropriée pour lui, compte-tenu des

informations données par le médecin.

2.2.2. L'entretien médecin-patient :

Le prérequis est l'exigence d'une relation de confiance et de qualité avec une volonté réciproque de faire confiance. Un autre prérequis concerne les conditions matérielles et psychologiques de cette information : il s'agit d'un entretien en tête-à-tête entre le malade et son médecin ; le lieu et le moment doivent en être convenus et choisis ; le médecin doit clairement dire à son malade qu'il a des informations à lui donner et son avis à recueillir en vue d'une décision à prendre ensemble.

L'information doit être la plus simple possible, adaptée au niveau de compréhension du malade, il est aussi possible de la donner en plusieurs fois, "C'est le patient qui va indiquer par ses réponses s'il est capable d'aller plus loin ou non" (R. Buckmann, 1994). De nombreux malades ont témoigné de la brutalité des circonstances ou des mots avec lesquels ils ont appris ce qui les concernait. Il est important de se former à l'écoute et à l'information du malade pour éviter de telles maladroites.

Enfin, le consentement du malade n'est pas donné une fois pour toutes : tout au long de l'évolution, le malade doit savoir que ses questions sont les bienvenues et qu'à chaque étape il sera fait appel à son avis en fonction d'informations qui lui seront données.

C'est l'engagement dans une relation de confiance qui favorise l'évolution du patient face à sa maladie, ce que Paul Ricoeur appelle le "pacte de soins", et qui va permettre au médecin et au patient de prendre ensemble les décisions concernant la santé de ce dernier.

2.2.3. Le choix des thérapeutiques :

Le choix des thérapeutiques s'appuie sur la mise en œuvre des compétences médicales éclairées par la situation singulière du patient. Il s'agit de faire la part des bénéfices escomptés par rapport aux inconvénients ou risques apportés. Il s'agit d'éviter les traitements disproportionnés qui pourraient être ressentis comme une obstination thérapeutique déraisonnable.

Si le patient n'est plus en mesure de donner son consentement, la famille doit être concertée, mais elle ne doit pas porter le poids de la décision qui reste une décision médicale.

Rappelons également le devoir du médecin dans l'accompagnement du mourant et la réalisation de soins et mesures appropriées à la qualité d'une vie qui prend fin : la non mise en œuvre de certaines thérapeutiques jugées inappropriées ne signifie pas l'abandon du malade.

2.3. Aspects sociaux :

Lorsque la maladie du cancer apparaît, les familles sont éprouvées par la souffrance de leur proche et par les réaménagements nécessaires aux changements imposés par la maladie. Leur soutien passe aussi par un partenariat avec les travailleurs sociaux. Il s'agit d'amener aussi bien des solutions concrètes qu'un espace d'écoute.

Les préoccupations sociales au moment du diagnostic et tout au long de l'évolution de la maladie concernent les questions de remboursement de dépenses de santé, les arrêts de travail et indemnités diverses et l'ensemble des prestations facilitant le maintien à domicile.

3. Le dévoilement du diagnostic de cancer :

Depuis quelques années, la place du malade dans la diffusion et la réception de l'information médicale lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer a beaucoup changé.

Actuellement, toute personne a le droit d'être informée de son état de santé et d'avoir accès à l'ensemble des informations la concernant, c'est cette information qui permettra aux patients d'être acteurs de leur combat contre la maladie, formalisant ainsi, sur cette pathologie en particulier, la modification de la place et du rôle du malade.

De ce point de vue découle l'idée que l'information médicale, « ingrédient incontournable de la démocratie sanitaire » [236], fournit à ce dernier « un minimum de maîtrise par rapport à ce qui va ou peut arriver » [237]. Il est ainsi considéré comme un acteur à même de comprendre la situation dans laquelle il se trouve, « crédité d'un pouvoir de décision et d'une aptitude à prendre en charge sa santé, en tant que sujet éclairé » [236].

Dès lors, l'impératif est de l'informer de la pathologie dont il est atteint mais également des traitements qui vont être suivis, traitements vis-à-vis desquels il peut prononcer son accord

ou son désaccord, en étant également éclairé sur les effets indésirables des soins prescrits, leurs possibles apports, l'évolution potentielle de la maladie et les limitations physiques et physiologiques engendrées par la maladie et ces traitements. Cette « nouvelle structuration des relations soignants-malade » [238] valorise ainsi la conception d'un individu « acteur » de sa maladie.

Deux dimensions de la question de la diffusion et de la réception de l'information médicale renvoient particulièrement à cette nouvelle conception de la place et du rôle des malades : d'un côté, une injonction à « dire la vérité » quant au diagnostic de la pathologie et les suites de la prise en charge, de l'autre, l'abondance des discours visant à « humaniser » l'annonce et à modifier les conditions dans lesquelles elle avait lieu tout au long du 20ème siècle.

3.1. Dire la vérité aux malades :

Jusqu'à la fin des années 1970, annoncer à un malade un diagnostic de pathologie grave - comme le cancer - n'était pas un fait automatique ou constant et pouvait même être considéré comme un acte de malfaisance, voire « inhumain » [239]. On considérait en effet que, selon ce principe de bienfaisance, protéger un malade revenait également à le protéger d'une vérité difficile ou douloureuse à entendre. La « conspiration du silence » [240] était la norme envers des malades qui ne découvraient la gravité de leur pathologie qu'en la devinant au moment de son évolution.

Dès le début des années 1980, les voix des malades s'élèvent pour dénoncer la manière dont on leur a – ou non – dévoilé un diagnostic de cancer et pour revendiquer une annonce « claire et sans tabou » [241]. Dans ces revendications axées sur la nécessité de « dire la vérité », émerge également le souci des malades d'être reconnus comme des individus responsables et associés aux prises de décision.

D'une manière générale, la nécessité de la révélation d'un diagnostic de maladie grave est appuyée par différents arguments. François Blanchard et al. [242], travaillant sur l'annonce du diagnostic, rappellent les principes qui dirigent ce besoin d'information, en mettant en avant :

–Le respect de la dignité de la personne : annoncer une vérité médicale, toute difficile à entendre qu'elle soit, revient à considérer l'individu comme un être autonome et à lui octroyer la possibilité de participer aux décisions médicales le concernant.

–L'idée que la reconnaissance de la maladie revient à donner un statut de malade à l'individu, et, dès lors, à lui permettre d'organiser sa vie quotidienne mais également son avenir en tenant compte des limitations que peuvent et pourront engendrer la maladie, mais aussi des droits qui lui seront ouverts (arrêt de travail par exemple).

–Que l'annonce claire, « faite avec tact et humanité » établit les bases d'une relation de confiance entre le malade et le soignant, désengagée des dissimulations pouvant apparaître comme malveillantes.

–Enfin, que sans cette annonce claire et sans tabou [241], il serait illusoire d'attendre d'un individu qu'il se conforme à un suivi de traitements bien souvent contraignants s'il n'a pas connaissance de la gravité de la pathologie dont il est atteint.

Ces principes illustrent particulièrement le « basculement » entre la relation soignants-soignés basée sur le paternalisme médical et l'émergence d'une relation axée sur le partenariat, au sein de laquelle le malade est « acteur » de sa maladie.

La révélation de la vérité reste un grand sujet de débat au sein du milieu médical. Au plan législatif, la nécessité de dire la vérité au malade s'enracine dans l'affirmation croissante de l'autonomie du sujet. Dans ce débat, les points de vue qui s'affrontent s'appuient sur des choix éthiques et stratégiques, au regard d'une finalité thérapeutique.

Dans ce cadre, la question de l'annonce semble inséparable de celle de l'information générale du malade, qui concerne aussi bien l'annonce du diagnostic, que le pronostic, les traitements, leurs effets, leurs risques et leurs bénéfices. Le domaine du cancer offre évidemment un cadre privilégié à l'étude de cette question, mais elle se pose également dans d'autres situations pathologiques graves. La gravité constitue d'ailleurs un enjeu fondamental dans ce cas, dans la mesure où c'est elle qui rend la vérité difficile à dire.

Dire la vérité ou non représente un dilemme éthique évident. Certains médecins, suivant en cela le serment d'Hippocrate qui intime le médecin à ne pas faire de tort au malade,

interprètent la consigne comme une incitation à ne pas lui révéler son état ou son pronostic. D'autres, au contraire, s'appuient sur cette même règle pour ne pas soustraire au patient l'information le concernant. Au final, le fait de ne pas faire de tort au malade reste une appréciation très subjective et sujette à interprétation.

Les Anglo-Saxons, qui travaillent dans un esprit pragmatique, indiquent qu'il ne faut dire que ce que l'on sait dans ces instants et qu'il ne faut pas craindre d'être ignorant. L'intérêt pour eux d'une ignorance reconnue, outre le fait d'être sincère, crée une mutualité et une confiance réciproque entre patient et médecin, gage d'un partenariat dans le suivi. Annoncer à quelqu'un qu'il a un cancer et qu'il va devoir subir une chirurgie, une chimiothérapie, ou/et une radiothérapie ne signifie pas, dès lors, « lâcher » toute l'information, tout dire même ce que l'on ne peut savoir, tel le pronostic de survie et le lâcher comme une sentence. Au contraire, c'est dire de ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas en tenant compte du patient autrement dit, diffuser une information ajustée, respectueuse du sujet, de ses mécanismes de défense, de sa demande et de ses ressources. [243]

S'agissant de la demande de vérité de la part des patients, certains médecins estiment qu'il suffit au malade de demander. Ils restent convaincus du fait que si le malade ne le fait pas, c'est qu'il ne souhaite pas savoir. Dès lors, ils ne révèlent pas la vérité, sur la base d'une attitude de déni de la part du patient. Alors que beaucoup de patients n'osent tout simplement pas poser des questions à leur médecin, à plus forte raison s'il s'agit d'un chirurgien renommé ou d'un professeur de service hospitalier. [167]

Entre ces différents modèles se profile ainsi la vérité pas à pas [244], qui consiste en une révélation graduelle. Le médecin, loin d'asséner la vérité abrupte et globale, utilise le temps nécessaire pour distiller les informations relatives à la santé de son malade et lui permettre de les intégrer progressivement. Sans jamais précéder le patient, le médecin va au contraire accompagner le cheminement de ses interrogations. Les réponses, tout en restant dans le registre de la vérité, s'ajustent aux questions du patient qui évolueront au rythme de sa propre angoisse. Cette attitude contraint le médecin à s'adapter aux différents types de réactions des malades, du diagnostic au pronostic en passant par les rechutes et l'absence de traitement, et donc à se laisser guider pour une rencontre à chaque fois unique et imprévisible.

Alors que le mensonge (ne rien dire) ou la fuite en avant (tout dire, sans laisser d'espoir) génèrent trop souvent silence ou sidération, la vérité pas à pas permet de recueillir la réalité psychique du malade. Ce temps de partage se fait à deux, par un apprivoisement mutuel. Cette écoute attentive permet d'évaluer les limites de ce que le malade est capable d'entendre et ce qu'il cherche désespérément, souvent sans mots, à exprimer. [245]

3.2. Les conditions de l'annonce : la « bonne manière » d'annoncer un cancer

Il n'y a pas que l'aspect « vérité » de l'annonce qui soit l'objet de questionnements chez les soignants et de dénonciations chez les malades. Il est question également des conditions de l'annonce et de l'importance de la communication lors du dévoilement du diagnostic. De nombreux auteurs ont montré la nécessité de modifier les conditions dans lesquelles le cancer était fréquemment annoncé, en vue de limiter le traumatisme causé par le dévoilement de cette pathologie, qui bouleverse l'ensemble de la vie et marque une rupture entre le vécu avant la maladie et celui dans lequel se trouve ensuite engagé, malgré lui, le malade. [246]

Les mots échangés autour de l'annonce de cancer se révèlent être, pour les patients, des mots singuliers qui restent en mémoire tout au long de leur suivi. Ils font trace et marquent à tout jamais la ligne de leur temporalité mais aussi de leur imaginaire. Les enjeux de l'annonce impliquent la vision que le patient a de sa vie, du sens qu'il lui donne, de la valeur qu'il lui attribue. Il ne saurait donc y avoir, dans ce contexte, de bons mots mais des mots au destin différent pour les patients et dont il s'agira de mesurer toute la portée afin de ne pas figer leur avenir et celui de leur famille. Quelque chose de sacré se joue autour de l'annonce dans les liens qui se tissent entre le patient, le médecin et la maladie. [243]

Dès lors, que dire ? Comment annoncer un diagnostic de cancer ? Comment trouver les mots, ces mots qui viendront apporter une information suffisante aux patients, à leurs proches sans trop les accabler d'une réalité en elle-même déstabilisante ? Nombreux sont les médecins qui, aujourd'hui, se posent ces questions et s'interrogent sur la meilleure attitude à avoir à l'égard des patients, des familles auxquels ils ont à annoncer un diagnostic de cancer.

3.3. Etapes de l'annonce :

–Se préparer : Au préalable, le médecin devra se préparer pour pouvoir donner les informations beaucoup plus calmement. Une bonne connaissance du dossier médical avant l'entrevue est indispensable.

–Préparer le patient avant d'avoir le diagnostic :

- Evoquer la possibilité de gravité : 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.
- Savoir comment le patient veut être informé et s'enquérir au préalable du degré de sa préparation par rapport à l'annonce ainsi que de ses connaissances et perceptions culturelles de la maladie.

–Préparer l'annonce dès que le diagnostic est établi :

- Déterminer un lieu tranquille et confidentiel : le choix de la mise en scène est primordial. Le praticien se devra de choisir un endroit calme et confidentiel pour assurer l'entretien, tout en veillant à ne pas être dérangé de manière impromptue. Il aura pris soin de conserver suffisamment de temps pour cette annonce et une éventuelle discussion. Le patient sera mis en situation égalitaire (en position assise) et digne (habillé). Il peut être accompagné par un membre de la famille s'il le souhaite.
- Avoir un projet thérapeutique et explorer les alternatives : le praticien fera percevoir sa compétence médicale sans qu'elle n'écrase ou n'occulte la dimension subjective du patient. La progression du discours avec une « vérité pas à pas » sera adaptée au niveau de compréhension et d'intégration du patient.

–Accompagner l'annonce :

- Annoncer la nouvelle clairement et simplement : il faut pouvoir délivrer une

information simple, claire et sincère qui soit à la fois utile et supportable pour le malade en tenant compte de son niveau socioculturel et de son désir ou non de savoir.

- Accepter et gérer les réactions émotionnelles : la prise en compte des réactions émotionnelles permettra la ventilation et l'apaisement des différentes émotions. Être à l'écoute des spécificités émotionnelles et cognitives du patient qui reçoit l'annonce, légitimer ses émotions et ses modes de réactions faciliteront la relation empathique du médecin.
- Assurer de son soutien et de sa disponibilité : le praticien saura rester disponible vis-à-vis du patient et de son entourage. Il saura dépister chez son patient l'émergence d'un sentiment d'abandon qu'il devra efficacement réprimer. La nécessité d'un second entretien permettra l'évaluation chez le patient de son intégration (« digestion ») de cette annonce et des phénomènes de rétention mnésique de l'information ainsi qu'une analyse de l'intensité du traumatisme psychique. Elle permettra aussi de faire le point sur divers aspects et questions propres à la maladie, à ses traitements ou à tout autre problématique apparue depuis la première consultation.

3.4. Annonce aux proches :

Il pourrait s'avérer utile d'intégrer systématiquement le référent familial du patient (désigné ultérieurement « personne de confiance » par le patient) au moment de l'annonce afin de réduire la marque subjective des informations données par le médecin et consentir aux patients le droit de partager avec son proche la violence de l'annonce. La famille n'est pas là une intruse mais un trait d'union qui relie le patient à « sa » vie et, en tant que tel, peut s'avérer être un relais lors de l'annonce et par la suite dans le parcours thérapeutique. [243]

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. [204]

3.5. Contenu de l'annonce marqué par l'incertitude :

Dans un contexte d'information marqué par l'incertitude, quels éléments sont diffusés et lesquels sont occultés ?

L'incertitude est un élément central dans l'expérience des malades atteints de cancer, puisqu'elle accompagne l'ensemble du cours de la maladie, qu'il s'agisse de son évolution (vers la rémission, la guérison, la récurrence ou encore la fin de vie et la mort, au travers de périodes d'aggravation ou d'accalmie qui ne peuvent être que partiellement anticipées au travers des bénéfices des traitements), de ses manifestations physiques (au travers des symptômes mêmes de la maladie, mais également des effets indésirables des traitements dont certains peuvent être inévitables mais où la plupart font figure de manifestations aléatoires) ou encore de ses effets sur la vie quotidienne (impacts sur la possibilité de maintenir une activité professionnelle, etc.). Mais elle est également une dimension incontournable de l'activité professionnelle des soignants, qui ont parfaitement conscience des limites des connaissances médicales sur le cancer.

Le cancer est en effet une pathologie pour laquelle les traitements, bien que de plus en plus efficaces et performants, ne peuvent assurer avec certitude la guérison. En outre, le

développement même de la maladie est incertain, un cancer en apparence soigné peut récidiver, un cancer pris en charge tôt et sans présence de métastases peut se développer dans l'organisme malgré les soins curatifs et entraîner la mort du malade, etc. Ainsi, au moment de l'annonce d'un diagnostic de cancer, les soignants ne peuvent en aucun cas garantir que les traitements proposés conduiront à la guérison du malade, ni même qu'ils pourront lui apporter la survie. De fait, toutes les informations relatives aux bénéfices des traitements, au développement et à l'évolution de la maladie sont incertaines.

➔ Outre l'annonce du diagnostic de cancer, comment les interlocuteurs des malades appréhendent et dévoilent l'incertitude qui entoure les suites de la maladie ?

Rappelons tout d'abord que l'annonce du diagnostic de cancer fait bien souvent suite à différents types d'examens, durant lesquels le spectre de la maladie cancéreuse peut être visible, voire même plus ou moins clairement annoncé par l'un ou l'autre des différents professionnels consultés. En effet, la multitude d'examens que réalisent les malades et la rencontre avec une pluralité de soignants font du dévoilement de la pathologie un temps morcelé et fragmenté [247]. Cela a une influence sur la réception de l'information par les malades, et notamment sur les contextes de conscience dans lesquels peuvent se trouver les individus au moment de l'annonce du diagnostic.

Le temps de la consultation consacrée à l'annonce du diagnostic et à la proposition d'un protocole de soins à destination du patient s'agit concrètement d'un temps avec le médecin oncologue référent (chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute) où ce dernier va annoncer le diagnostic de la maladie et expliquer au patient les traitements qui seront suivis. En fonction des situations, il peut également s'agir d'un temps où seront exposés les résultats d'une chirurgie.

Dans le cas d'un cancer de l'estomac par exemple, il est fréquent que l'étape visant à diagnostiquer le trouble dont est atteint le malade se fasse conjointement à une intervention chirurgicale, que celle-ci ait pris la forme d'une biopsie ou d'une opération plus conséquente. La consultation qui précèdera cet acte chirurgical sera alors le moment de l'annonce du diagnostic et du protocole de soins.

Outre une consultation post-opératoire visant à évaluer les suites de l'intervention (état

de la cicatrisation, effets secondaires éventuels, types de soins à effectuer), la rencontre entre le soignant et le malade visera, dans un premier temps, à présenter les résultats de l'acte effectué (opération réalisée avec succès ou non) et de l'analyse anatomopathologique réalisée sur les tissus prélevés ; c'est-à-dire la confirmation du diagnostic de cancer.

Dans un second temps de la consultation, le soignant présentera les suites de la prise en charge, au travers du projet thérapeutique proposé au malade. Le malade sera ensuite redirigé vers d'autres soignants spécialisés dans certains types de soins – chimiothérapeute et/ou radiothérapeute en fonction du protocole de soin qui aura été décidé - qui expliqueront leur rôle dans la prise en charge, le déroulement et les attentes des traitements mais également les effets secondaires susceptibles de se produire.

Or, si suite aux examens pratiqués (chirurgie, biopsie), le diagnostic peut être formellement donné, l'évolution de la pathologie, les effets des traitements et le pronostic font l'objet d'une incertitude. En effet, si les soignants peuvent se forger une idée du cours de la maladie – au travers notamment de son stade au moment de la prise en charge (classification TNM) selon le volume de la tumeur, son extension et la présence ou non de métastases - ils ne peuvent qu'anticiper avec précaution les effets des traitements, pour ce qui est de la guérison ou du risque de récurrence.

D'ailleurs, ce sont sur ces questions qu'ils sont fréquemment interrogés par les malades : outre apprendre de quelle pathologie ils sont atteints, ces derniers sont en attente de réponses ou du moins d'éclaircissements sur leurs perspectives d'avenir, et de fait souhaitent logiquement connaître leurs chances de guérison et de survie.

De manière générale, les soignants annoncent les perspectives d'avenir en utilisant un langage absent de termes anxiogènes et en privilégiant un discours axé sur l'espoir, la prudence face aux évolutions possibles de la maladie et centré sur le moment présent au travers de la nécessité de suivre les traitements. Leur réticence à aborder ce thème est donc expliquée par l'incertitude qui entoure le cancer, même lorsque celui-ci est évalué « de bon pronostic » et « rapidement pris en charge », ce qui peut justifier certaines rétentions d'informations et privilégier la diffusion d'informations « utiles ».

II. Le consentement éclairé : démarche indispensable

Parmi les synonymes de consentement, deux apparaissent pertinents dans le projet chirurgical :

–Consensus : accord pour un choix commun ; entre les médecins d’abord, puis entre les médecins et le patient surtout.

–Acceptation : prise de conscience et autorisation du patient au projet de soins, mais aussi un accord et un engagement du chirurgien par rapport au geste envisagé, à la stratégie médicochirurgicale retenue. [248]

1. Consentement = consensus :

Le consensus doit être médical dans un premier temps :

Les réunions de concertation pluridisciplinaires d’oncologie ont été organisées dans cet objectif (hépatogastroentérologues, chirurgiens, oncologues médicaux et de radiothérapie, radiologues, anatomopathologistes...). De telles réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) par thématique sont préconisées. Un dossier complet, une discussion sur la pathologie et les antécédents du patient, une réflexion sur les alternatives thérapeutiques, une adhésion du chirurgien au projet de soin et à l’acte chirurgical retenu conditionnent la proposition thérapeutique.

Le consensus avec le patient surtout :

Le consentement du patient suppose cet accord médicochirurgical préalable, une information claire et loyale du malade pour un parcours personnalisé de soins.

Le consentement éclairé comporte pour le malade deux étapes distinctes : une étape « passive » d’information sur les buts et les modalités du traitement proposé par le médecin. Cette étape « active » de consentement est une prise de décision. Le recueil du « consentement libre, éclairé et exprès » nécessite l’information détaillée préalable du patient quant à l’intervention pratiquée sur lui, sa méthodologie et sa durée, les contraintes et les risques prévisibles. Le

patient doit en outre être informé de son droit de refuser l'intervention ou de retirer son consentement à tout moment. Une documentation écrite peut être remise au patient.

2. Consentement = acceptation

En chirurgie, un acte invasif est proposé rapidement avec des risques vitaux et fonctionnels. Les délais sont courts, le temps de réflexion limité. Il s'agit pour le patient de comprendre et d'accepter :

- qu'il est malade. Parfois le patient n'a pas accepté la mauvaise nouvelle ou, de moins en moins, ignore ou refuse celle-ci. Sa rencontre avec l'équipe chirurgicale constitue alors un événement révélateur.

- qu'il s'agit d'une maladie grave : un cancer.

- qu'il peut souffrir dans son corps et dans son esprit.

- qu'il doit prendre complètement conscience d'une situation qui met en jeu son propre pronostic vital.

- qu'il peut garder des séquelles du traitement de son cancer.

- que ce diagnostic affecte aussi son entourage familial et professionnel. [248]

Rappelons par ailleurs qu'une fois l'accord aux soins donné, son maintien dans le temps est nécessaire : le patient peut retirer son consentement à tout moment. Il s'agit alors pour le soignant d'entretenir ce lien de confiance nécessaire et primordial avec son patient, véritable ciment du parcours de soins.

Lorsqu'un patient n'a pas une capacité décisionnelle suffisante (patient confus par exemple), on recherchera l'avis de sa personne de confiance, ou à défaut celui de sa famille ou de ses proches. Dans le contexte d'une possible fin de vie, on recherchera également d'éventuelles directives anticipées.

➔Demander au patient de participer à la décision thérapeutique c'est lui proposer un risque avec un bénéfice éventuel, personnel ou altruiste. L'angoisse indicible ressentie par le patient, provoquée par l'incertitude qui entoure le cancer et ses chances de guérison et de survie,

se renforce par la peur de l'inconnu. Il en résulte d'avance une disposition soit au rejet (refus), soit à la fascination (adhésion) face à l'organisation médicale.

En pratique, le consensus est parfois complexe à obtenir, et les situations de désaccord ou d'accord impossible restent fréquentes.

L'enjeu est de tenter de faire évoluer l'attitude de refus vers un accord sur une proposition de soin qui peut être différente de la proposition initiale tout en conciliant le dilemme éthique entre principes de bienveillance et d'autonomie.

3. Prise de décision : promouvoir l'autonomie du patient cancéreux

La notion d'autonomie, mobilisée par les acteurs de l'interaction soignants-soignés (professionnels du soin, malades, proches et bénévoles) renvoie à un certain nombre de valeurs : choix, responsabilité, propriété de soi, initiative individuelle [249].

Elle est définie comme un principe indispensable, relevant notamment du droit, ainsi que de l'éthique et de la considération humaine (permettant notamment une relation plus équilibrée entre les acteurs, en opposition à la dénonciation du paternalisme et du patient considéré comme un corps-objet). En outre, l'autonomie est valorisée comme un principe permettant au soigné de gérer mieux sa maladie, que ce soit au travers de formes d'éducation portées par les soignants ou au travers des savoirs expérientiels des patients.

Prodiguer aux patients les informations nécessaires à la compréhension de leur situation et les impliquer dans le processus de décision afin de recueillir leur consentement éclairé apparaissent être indispensables à l'autonomie des soignés, à tout moment de leur trajectoire de maladie (en début de traitement, tout au long des soins curatifs mais également lors d'une prise en charge en soins palliatifs). [167] La promotion de la participation des patients peut également permettre une amélioration de la santé, du point de vue plus strictement médical, notamment en améliorant l'observance aux traitements prolongés.

Le chirurgien cancérologue doit également présenter au patient la situation et le raisonnement conduisant du constat (cancer de l'estomac, options de traitements, balance

bénéfice/risque de chaque traitement, faisabilité des traitements) à l'objectif thérapeutique réel. Cette information doit suivre les règles de la dialectisation : simplicité, appropriation et loyauté. Cette information est rendue nécessaire par la responsabilité du médecin de chercher à promouvoir l'autonomie du patient dans la décision médicale.

Même si le médecin juge avec son échelle de valeurs que la balance bénéfice/risque du traitement est favorable, l'éclairage de ce rapport par le patient est important car il peut ne pas être le même. On considère que le patient a effectivement participé à la décision médicale, quand on est capable de dire qu'il a estimé la décision juste dans son système de valeur. L'habituatation et l'éducation du patient à ce mode de fonctionnement est nécessaire car c'est un fonctionnement récent dans les pratiques médicales et encore inégalement répandu. [250]

➔ Pour ce fait, prenons comme exemple le nouveau Plan Cancer 2014-2019 français qui soutient le développement de programmes d'éducation thérapeutique (ETP) [251] en cancérologie afin d'aider les patients à mieux s'impliquer dans leur prise en charge pour une meilleure qualité de vie, en lançant un appel à projet d'éducation thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs.

Ce projet ayant pour objectif principal de promouvoir, tout au long de la prise en charge incluant l'après-cancer, l'éducation thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs afin de limiter les conséquences nutritionnelles de ces cancers et de leurs traitements, et en vue d'améliorer la qualité de vie et la qualité de prise en charge du patient.

En effet, l'éducation thérapeutique du patient favorise son implication dans son parcours de soins grâce à sa participation éclairée et compétente. Cette approche thérapeutique des cancers semble pourtant d'autant plus justifiée que le parcours du patient atteint de cancer s'inscrit dans un contexte d'essor des prises en charge ambulatoires. Cette tendance vers une plus grande autonomie du patient nécessite un accompagnement étroit par l'équipe soignante afin que le patient acquière de nouvelles compétences adaptées à la réalisation de ses besoins fondamentaux.

Dans le cas des cancers digestifs en particulier, la qualité de vie du patient est fortement impactée par les conséquences nutritionnelles de la maladie, de ses traitements et de leurs effets secondaires. Dans cette optique, l'éducation thérapeutique permet d'agir sur des problèmes

alimentaires que le malade doit surmonter au quotidien, de rendre possible une alimentation adaptée aux différentes phases de la maladie, tout en permettant au patient d'être le principal acteur de l'accomplissement de ce besoin élémentaire. [252]

Dans certaines situations, une plus grande autonomie des patients pourrait être délétère sur la santé si l'on se limite à sa définition biomédicale. Ainsi une décision autonome, même informée, peut être contraire au choix « raisonnable » du point de vue des données scientifiques, comme elle peut mener à un refus des soins proposés.

4. Le refus des soins chez le malade cancéreux :

Avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, le consentement de l'intéressé doit être obtenu. Celui-ci, comme un éventuel refus, doit être libre et éclairé. Le médecin doit dispenser une information claire, loyale et appropriée sur les risques issus du traitement proposé ainsi que sur ceux qui résulteraient d'une non-intervention. Par ailleurs, sauf situation exceptionnelle d'urgence, aucun traitement ne peut être entrepris sans l'aval du patient ; à défaut, les directives anticipées, la personne de confiance, la famille ou un proche doivent être consultés.

L'acceptation d'une proposition de soins implique un accord tant sur les objectifs poursuivis que sur les moyens employés. Ce consensus repose idéalement sur un échange d'informations bidirectionnel (pour déterminer les attentes et préférences du patient), suivi d'une délibération visant à construire une proposition de soin adéquate.

Or malgré des efforts vers une décision médicale partagée, une proposition de soin adéquate et consensuelle peut ne pas être trouvée avec le patient : le refus de soin commence lorsque le consensus n'est plus possible. Notons cependant que cette définition concerne les refus ouverts, déclarés, alors que le refus peut parfois être muet, passif, voire non conscient, aboutissant à la non-observance des traitements et à la perte de vue.

Le refus de soin doit, par ailleurs, être considéré comme un processus et non appréhendé par son seul aboutissement potentiel, l'arrêt de la prise en charge thérapeutique impliquée. Un refus de soin ne peut se décliner d'emblée de façon binaire, l'accord ou le désaccord : c'est une invitation à construire une position médiane, qui tienne compte des valeurs de chacun. De la même façon qu'une décision de soins est la construction dynamique d'une attitude médiane

intégrant les positions du patient et des professionnels de santé, un refus de soin est à inscrire dans un mouvement adaptatif et évolutif.

Un refus à un moment donné peut, si la relation thérapeutique reste de bonne qualité, évoluer dans un deuxième temps vers une acceptation ou l'acceptation d'un compromis : à ce titre, il est capital de le considérer comme une étape et non comme un échec ou une fermeture. Et il ne s'agit pas pour le soignant d'imposer ou de faire respecter ce qui lui paraît à lui la meilleure proposition de soin, mais de respecter la liberté de la personne, de comprendre ses attentes et d'éclairer son discernement.

Il s'agit donc d'entendre le refus comme un besoin d'échange et une incitation à la communication et non comme un rejet ou une remise en cause de la fonction soignante. C'est cette attitude qui conditionne la possibilité de maintien d'une relation de soin de qualité, qui permettra de tenter de comprendre ce que le refus veut dire, et d'accompagner le sujet vers une décision (refus ou acceptation des soins) qui lui soit propre.

Dans ce sens, un groupe de travail regroupant des membres de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS) et de la Société française de Psycho-Oncologie (SFPO), a pu élaborer des recommandations dont l'objectif est de proposer des règles d'analyse et de compréhension des situations de refus de soin chez un patient adulte atteint de cancer, appuyées sur une prise en charge multidisciplinaire. [253]

Les recommandations suivantes ont été établies :

1-Connaître les situations et les profils de patients les plus fréquemment associés au refus de soin afin de renforcer de façon adéquate le dispositif de soins et d'accompagnement :

- la complexité d'accès aux soins : ruralité, difficultés économiques
- le défaut de support familial et/ou social
- le sexe féminin,
- certaines situations cliniques : cancers localement avancés ou métastatiques, incertitudes sur le bénéfice des traitements, cancer jugé comme

indolent/d'évolution lente, comorbidités ou pathologies associées, âge supérieur à 75 ans avec une espérance de vie limitée, antécédents personnels ou familiaux d'effets secondaires/ complications des traitements carcinologiques.

- des caractéristiques psychologiques ou psychiatriques : dépression, phobie, déni de la maladie
- certaines attentes, valeurs, croyances ou représentations : préférence pour la qualité de vie à venir que pour la quantité de survie, peur de perdre son autonomie, croyance religieuse ou spirituelle, manque d'informations sur la prise en charge, manque de confiance dans le médecin et l'équipe médicale, croyances en l'efficacité des médecines complémentaires seules.

2- Appréhender la situation de refus de soin dans sa complexité en identifiant ce qui est refusé, le refus pouvant parfois ne concerner que certains aspects du soin :

- selon leurs conséquences réelles (douleur, iatrogénie...) ou supposées (représentation influencée par une mauvaise expérience antérieure ou celle d'un proche : refus par exemple en phase curative, d'une intervention chirurgicale considérée comme trop délabrante ou mutilante ; ce type de refus peut reposer sur une information inadéquate, erronée ou mal comprise, et devra être recherchée
- selon leurs objectifs s'ils ne sont pas partagés : refus par exemple d'une nouvelle ligne de chimiothérapie en phase palliative

3- Appliquer une démarche analytique en plusieurs étapes, à la recherche d'une décision consensuelle :

- délivrer une information loyale, claire et appropriée sur le projet de soins et ses objectifs—la compléter de façon adaptée si besoin
- s'assurer de la compréhension des risques et des enjeux par le patient
- rechercher systématiquement l'existence de symptômes physiques non

contrôlés

- évaluer les capacités de discernement du patient
- évaluer le contexte social, familial, psychologique et culturel et rechercher une médiation

4- Structurer selon le contexte légal une procédure de refus de soin permettant dans les situations de désaccord persistant de protéger les acteurs : Il est recommandé à toute institution de rédiger et diffuser en interne une procédure d'enregistrement des refus de soins permettant aux professionnels de santé de se conformer à la législation en vigueur de façon concertée et tracée.

L'information médicale délivrée et le recueil du consentement (ou du refus) de soin doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. La preuve du refus de soin peut se faire par tout moyen. Toutefois, plus le refus de soins aura des conséquences importantes pour le patient, plus le médecin devra obtenir des preuves incontestables. Un document écrit et signé par le patient attestant du refus de soin par le patient et de l'information délivrée sur les conséquences de ce refus de soins apparaît être le moyen le plus adapté pour démontrer la compréhension de la situation par le patient. Ce document doit être conservé dans le dossier médical du patient.

5- Connaître les indications de la prise de décision éthique collégiale : la discussion collégiale est utile à plusieurs étapes de la prise en compte d'un refus de soins– en plus d'être d'une façon générale utile dans les soins en cancérologie. Se réunir en équipe pluridisciplinaire pour clarifier le projet de soins pour l'ensemble des professionnels, mettre en commun les points de vue des différents intervenants, avec comme objectif d'entendre et de s'enrichir des avis, valeurs et positions de chacun afin d'adopter une décision thérapeutique collective et consensuelle respectant au mieux les intérêts du patient.

➔ L'enjeu ici sera donc de maintenir une relation de soins et de tenter de faire évoluer la situation de refus vers un accord sur une proposition thérapeutique, peut-être différente de la proposition initiale, mais acceptable pour le patient. Le maintien du lien avec celui-ci est primordial car il conditionne la poursuite des soins, quels qu'ils soient.

L'accompagnement du malade ne doit pas se transformer en harcèlement dans le but de le faire changer d'avis à tout prix ! Certes le soignant doit apprendre à accepter de l'autre le refus du bien qu'il veut lui faire, et comprendre que la bonne option thérapeutique est celle qui prend en compte les valeurs d'un patient autonome, qui peuvent différer de celles du soignant ou de la volonté d'optimisation de la survie. Mais rappeler cela ne doit pas faire oublier que les situations de vulnérabilité et de détresse psychosociale extrêmes rencontrées en cancérologie peuvent moduler l'appréhension de la situation par le patient comme sa capacité de décision.

La sollicitation d'intervenants complémentaires, comme celle d'un psychologue, sera utile non seulement pour évaluer l'autonomie psychique du patient et comprendre son contexte et ses attentes, mais aussi pour soutenir l'équipe oncologique et préserver la qualité de la relation soignant-soigné.

Pour conclure, rappelons qu'accepter un refus ne peut se faire qu'après avoir essayé de construire un projet commun et tout mis en œuvre pour convaincre le patient d'y adhérer. Le cas échéant, la traçabilité de la démarche, aussi bien en ce qui concerne l'information donnée que les discussions organisées et la prise de décision finale, ne devra pas être oubliée.

III. Information et consentement en chirurgie : cas du cancer de l'estomac

L'information du patient est indispensable et permet de recueillir le consentement éclairé du patient avant toute intervention chirurgicale.

Quand le patient vient consulter un chirurgien, il ne lui donne pas un consentement sans réserve à réaliser tous les soins indiqués par son état, mais il cherche à obtenir de son praticien une information suffisante pour décider avec lui de la thérapeutique la plus appropriée. Cette information médicale doit concerner également l'histoire naturelle de sa pathologie et les conséquences à se soustraire aux actes proposés. [248]

Le chirurgien doit accomplir ce devoir avec humanisme et apporter une information loyale, compréhensible et suffisante. Il a un rôle de conseiller impartial mettant à la portée du malade les risques et avantages d'une investigation nécessaire ou d'une

thérapeutique adaptée aux circonstances. Il faut faire l'effort d'informer, non pas tant pour apprendre la chirurgie au patient, que pour montrer qu'on le respecte. Cette attitude est nécessaire pour obtenir sa participation active au traitement et partager avec lui la responsabilité de la prise de décision finale.

Cette information entraîne une réflexion du patient, de son entourage ou de la personne de confiance. De nouvelles interrogations, des explications complémentaires du chirurgien, de nouveaux rendez-vous sont souvent nécessaires pour enfin comprendre et consentir. Il s'agit d'un échange et d'une conversation et non pas d'un monologue ou d'un discours du sachant. En effet, l'inconnu provoque l'imaginaire, l'inquiétude, la fuite ou le refus. La connaissance diminue l'angoisse, induit l'évaluation, la décision et la confiance. [248]

L'information doit être précoce (dès la consultation de chirurgie puis d'anesthésie), donnée par oral et complétée par un document écrit si possible, réitérée à chaque étape du chemin clinique, tout en veillant à sa compréhension.

1. Contenu de l'information en chirurgie :

L'information du malade par son chirurgien comprend à la fois les éléments du diagnostic et du pronostic concernant son état pathologique mais aussi tout ce qui relève des modalités pratiques et matérielles de l'intervention chirurgicale. Le malade a pu déjà être informé par son médecin généraliste ou spécialiste d'une façon plus ou moins détaillée et précise, mais il appartient au chirurgien de lui apporter les précisions qu'il jugera utiles au sujet de sa maladie, et surtout de lui apporter toutes les informations sur la technique chirurgicale proprement dite, et sur les avantages et inconvénients de l'intervention proposée, afin qu'il puisse formuler son consentement.

Très nombreux sont les écrits, dans la littérature médicale scientifique indexée, consacrés à la mémorisation par le malade de l'information qui lui est délivrée quant aux risques chirurgicaux encourus qui soulignent le faible degré de mémorisation de cette information. Il ne faut donc pas oublier que les risques d'une intervention doivent être expliqués aux patients de manière exhaustive, même les risques exceptionnels doivent être signalés.

2. Risque chirurgical :

Avec les séquelles et le retard diagnostique, le défaut d'information sur les risques encourus en cas d'acte médical invasif à visée diagnostique (ponction, biopsie, cathétérisme, injection de produit de contraste...) ou thérapeutique (prise médicamenteuse, manipulation, acte chirurgical...) est devenu la troisième principale raison de mise en cause d'un soignant aux États-Unis. [254] Ce qui rend l'information des patients quant aux risques éventuels une obligation éthique et juridique, et son défaut une faute légale qui génère par elle-même un préjudice moral spécifique indemnisable.

Pour les patients, la notion de risque peut être abordée à plusieurs stades ; lors du diagnostic ; lors de l'établissement d'un pronostic ou lors du geste chirurgical.

Mais c'est surtout avant la réalisation de gestes invasifs, donc dangereux, au premier rang desquels figure la chirurgie, que la notion de risque est importante. Ce risque devrait être défini puis chiffré.

On peut diviser ces risques en trois groupes ; d'abord les complications infectieuses qui constituent une partie à part à cause de leur fréquence et leur gravité. Puis les complications communes ou spécifiques à l'intervention chirurgicale, et enfin les complications fautives. Le chirurgien est tenu vis-à-vis de son patient d'une obligation de sécurité-résultat dont il ne peut se libérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère. [255]

Complications infectieuses :

Les infections en chirurgie sont la première cause de complication avec des réalités économiques et médico-légales importantes.

Les infections liées aux soins chirurgicaux sont aujourd'hui la première cause de mortalité et de morbidité des patients en chirurgie et elles représentent des milliards d'euros de dépense de santé. Selon la dernière enquête française de prévalence des infections nosocomiales, les infections du site opératoire représentent 13,5% des infections liées aux soins qui touchent près de 750000 patients/an en France et sont responsables de plus de 4000 à 10000 décès [256,257]

Rappelons que les bactéries responsables sont, dans plus de 60% des cas, des

staphylocoques dorés ou à coagulase négative (*S.aureus* et *Staphylococcus epidermidis*). La fréquence de ce dernier est en constante progression. Viennent ensuite les bactéries anaérobies pour 20% des cas, les bacilles Gram négatif pour 10%.

Le risque infectieux en chirurgie est un risque quotidien dont les conséquences sont pour le patient : douleur, prolongation de séjour, séquelles fonctionnelles voire décès, et pour les équipes soignantes : charge de travail et souffrance empathique et narcissique. 3% des actes opératoires sont compliqués d'une infection postopératoire.

Pour tout patient, il est légitime de rechercher une explication à leur état en particulier en cas de complications postopératoires infectieuses. Depuis Platon, il est reconnu que la recherche d'une cause à un état permet de surmonter cet état et d'élaborer une stratégie de reconstruction et d'action. Les patients s'inscrivent dans cette démarche qu'il n'est plus acceptable de refuser, en demandant de plus en plus d'être éclairés sur toutes les complications possibles, et leur traitement éventuel, notamment les complications infectieuses. [258]

Complications communes ou spécifiques à l'acte :

Il s'agit de l'ensemble des complications postopératoires spécifiques à l'acte chirurgical proposé, ou communes à toutes les interventions chirurgicales.

Chaque pathologie a ses propres complications. En chirurgie du cancer de l'estomac par exemple, la gastrectomie peut se compliquer de fistules anastomotiques, puis d'abcès et de péritonite généralisée.

Il y a également des complications générales communes à une spécialité : la phlébite de la chirurgie digestive ou les hémorragies postopératoires.

La connaissance de ces complications passe par une analyse complète de la littérature. Elles sont plus fréquentes chez certains patients (les patients à risque), qui peuvent également faire des complications d'ordre général – la décompensation du diabétique, du coronarien, de l'insuffisant rénal – et celles induites par cette décompensation.

Quand survient une complication et qu'aucune faute ne peut être mise en évidence, on parle alors d'aléa thérapeutique.

Complications fautives :

Elles sont rarement mises en avant, et la compétence du médecin reste un tabou. Les chirurgiens tentent à anticiper en plaidant la difficulté technique, la variabilité anatomique ou la fragilité particulière du patient.

Cependant, une grande majorité de personnes comprennent que des erreurs peuvent être commises, même dans la prise en charge médicale, et privilégient incontestablement une communication transparente au sujet des erreurs. Lorsque le chirurgien n'informe pas ouvertement les patients, il n'est pas rare que ceux-ci tentent de trouver des explications auprès de tierces personnes (avocats, experts, bureaux de conciliation).

Les chirurgiens essaient souvent d'éviter de discuter clairement et ouvertement des erreurs commises, non seulement parce qu'il s'agit d'une tâche pénible, mais encore par crainte de suites judiciaires. De tels comportements entraînent souvent des situations paradoxales où une communication confuse mène à une confrontation susceptible de dérapier au-delà de la relation médecin-patient.

Il arrive souvent qu'un évènement évitable – donc lié à une erreur – soit tût ou «requalifié» de dommage inévitable, c'est-à-dire d'effet secondaire ou de complication. Une attitude qui tire profit de la relation de confiance et de l'asymétrie des informations et prive le patient de sa capacité d'auto-évaluation.

Toutes les erreurs entraînant pour le patient un préjudice, une atteinte temporaire ou durable ou un traitement supplémentaire doivent être communiquées.

Enfin, le fait d'exprimer des regrets est un aspect central de l'information au sujet d'une erreur médicale et revêt une importance majeure pour le patient. Il ne s'agit pas d'un aveu de culpabilité et la responsabilité des professionnels n'est pas engagée. Les regrets sincères qui expriment de l'empathie et du respect pour le patient constituent donc une part essentielle de l'entretien portant sur une erreur médicale [259].

3. Risque anesthésique :

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

–Le premier type de situation, conduisant aux complications voire au décès, concerne les patients présentant une ou plusieurs affections chroniques et/ou aiguës modifiant les grands équilibres physiologiques et soumis à une chirurgie importante ou majeure. Il s'agit de patients présentant, intrinsèquement, un risque opératoire important, risque d'autant plus élevé que la chirurgie est plus lourde.

–Le deuxième type de situations conduisant à des complications est ce qu'il est habituel d'appeler un « accident d'anesthésie ». Il s'agit de complications directement liées à l'anesthésie et pouvant survenir même chez un sujet en parfaite santé antérieurement. Ces événements sont rares et inattendus. Ils sont beaucoup plus difficiles à prévenir.

La consultation d'anesthésie est un moment privilégié pour discuter avec le patient et établir avec lui une relation de confiance fondamentale pour le déroulement de la prise en charge [260]. La visite préopératoire la veille de l'intervention renforce mais ne remplace pas cette relation dont la qualité est primordiale dans les suites d'un éventuel incident ou accident d'anesthésie. Les poursuites judiciaires sont en effet d'autant plus fréquentes que les capacités relationnelles du médecin ont été insuffisantes ou inadaptées aux circonstances [261]

Au cours de la consultation d'anesthésie, le patient doit donc être informé de la technique d'anesthésie envisagée, ou des différentes techniques possibles le cas échéant, ainsi que des avantages et inconvénients. En cas d'anesthésie régionale, il faut toujours informer de la possibilité du recours à l'anesthésie générale en cas d'échec. Par ailleurs, les impératifs liés à une procédure de type ambulatoire doivent être clairement expliqués.

Enfin, il faut délivrer une information claire, loyale et appropriée sur le risque transfusionnel, sur les techniques d'analgésie postopératoire et sur le séjour en salle de surveillance post-interventionnelle, voire en réanimation, afin de limiter le stress lié à l'environnement de ces structures.

Au terme de la consultation, le patient doit être informé du risque périopératoire, en sachant qu'il n'est pas nécessaire de le chiffrer précisément, mais plutôt de fournir les éléments

permettant au patient de mettre en balance le bénéfice attendu de la chirurgie et le risque encouru [262].

L'information du patient sur les risques liés à l'anesthésie et le recueil de son consentement éclairé doivent être réalisés par le médecin anesthésiste. Le chirurgien se contente donc d'une brève mention de ce risque, et oriente le patient vers l'anesthésiste pour une information plus complète.

4. Déroulement de la consultation de chirurgie:

Dans le contexte d'une consultation de chirurgie, le patient est d'abord interrogé, examiné et après avoir étudié ses examens complémentaires, l'indication opératoire est posée. Bien que les patients viennent adressés par un autre médecin (généraliste, gastroentérologue,...), l'indication opératoire peut apparaître comme une sanction (même la littérature médicale parle de sanction opératoire !).

L'intervention pour le chirurgien est un geste technique qu'il pratique tous les jours, mais pour le patient, elle est vécue comme une agression. Il va être porté atteinte à son intégrité corporelle, certes dans son intérêt, mais le patient vit ce moment comme une sentence. Et c'est à ce moment, quand le patient est le plus vulnérable, que le praticien commence à donner les informations nécessaires pour la compréhension de la maladie et la conduite thérapeutique.

Dans l'idéal, le médecin commence par décrire les caractéristiques anatomiques et physiologiques de l'estomac en utilisant les mots les plus appropriés, puis il donne les explications sur la cause de la maladie, ensuite il décrit le principe du traitement chirurgical et le déroulement des différentes étapes thérapeutiques. Il explique au patient les bénéfices attendus du traitement proposé et les alternatives possibles s'il en existe et finit par une énumération et une description des différentes complications existantes et rapportées dans la littérature médicale.

Il sera remis parfois au patient une fiche d'information pré-établie évaluée et validée par un comité savant. Puis le médecin tentera d'évaluer la compréhension de l'information donnée en posant des questions comme : « est-ce que vous avez tout compris ? », « Y a-t-

il certains détails sur lesquels vous désirez avoir plus d'informations ? », « Est-ce que vous avez des questions ? » ... Puis on demandera au patient de signer un consentement éclairé dans le cas où il accepterait le traitement chirurgical.

5. Difficultés du transfert d'information en vue d'un consentement éclairé :

L'information orale reste la base de la transmission du savoir. Elle est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Mais, elle est souvent incomplète, et de toute façon difficile à retenir, quels que soient les efforts fait par les chirurgiens, en pratique, le patient sort de la consultation en n'ayant retenu qu'une très faible partie de cette information. Il se dégage de la littérature que l'information est mieux comprise et mieux retenue si elle est également donnée sur un support.

Depuis quelques années, nous assistons à l'apparition de publications démontrant que l'information totale donnée à un patient est mal comprise, et partiellement assimilée. C'est au médecin, déontologiquement et légalement, de s'appliquer à rendre compréhensible les informations données. Il faut cependant être conscient que même avec la meilleure volonté du monde, les patients retiennent peu de choses, pour des raisons variables.

Avant de consentir à un acte chirurgical, il faudrait que le patient rencontre à plusieurs reprises le même chirurgien qui délivrerait à chaque consultation une information orale totale et loyale, si nécessaire accompagnée d'une fiche d'information écrite. Il devrait s'astreindre à chaque consultation à évaluer la compréhension de l'information donnée, de manière détaillée et laisser le temps pour que cette information soit assimilée par le patient entre chaque séance de consultation.

Pour consentir, il faut que le patient comprenne. Et c'est seulement à partir du moment où le patient aurait assimilé toutes les données de l'information, que le consentement éclairé pourrait avoir une valeur.

Cela impose que l'information soit adaptée à la personne, celle-ci étant une question de

nature sociale, psychologique et culturelle et, pas seulement de technique médicale. Si on ajoute à cela l'obstacle de la langue, la barrière socio-économique avec les patients illettrés qui ne peuvent pas utiliser les supports écrits ou les patients qui pensent que c'est au médecin de prendre la décision finale, on se trouve dans les conditions réelles de l'exercice de la chirurgie. [263]

Très nombreux sont les écrits, dans la littérature médicale scientifique indexée, consacrés à la mémorisation par le malade de l'information qui lui est délivrée quant aux risques chirurgicaux encourus, qui soulignent le faible degré de mémorisation de cette information. Dans ce cadre, plusieurs études ont souligné que la distribution d'une fiche d'information écrite permet d'augmenter le taux de mémorisation des risques encourus et de certaines complications. [264]

Cette fiche d'information en complément de la consultation préopératoire ne sera que bénéfique aux patients pour la compréhension des informations données par le chirurgien, concernant notamment la survenue de la pathologie, le diagnostic ainsi que les complications et risques encourus.

Si nous voulons continuer notre métier « avec et pour les autres », nous devons nous astreindre à trouver des solutions pour que notre monologue pendant la consultation puisse se transformer en un dialogue avec nos patients. Pour que « l'institution reste juste », c'est encore à nous qu'incombe la tâche de trouver des propositions pour rendre plus équitable la relation médecin-malade, dans l'intérêt de nos patients et d'éviter que cette tâche soit faite par les juristes, les juges, les avocats, l'État, les associations de consommateurs...et les associations de victimes !

IV. La Brochure / Fiche d'information et de Consentement :

1. Fiche d'information

De nos jours, l'évolution des mentalités et des lois ont dessiné les contours d'une médecine où l'information du patient est devenue « une obligation pour le praticien, un droit pour le patient et une garantie pour la qualité des soins ». [265] C'est ensemble que médecins

et patients doivent décider des orientations thérapeutiques à prendre.

Avec la transformation du système de santé et l'évolution de la place du patient dans la relation, la Communication Médecin Malade (CMM) se situe au cœur de nouveaux enjeux. [266,267] Du modèle traditionnel paternaliste, la relation médecin patient n'a cessé d'évoluer ces dernières années, vers un modèle d'autonomie, faisant davantage participer le patient aux prises de décisions. [268,269] Un des facteurs qui a contribué à modifier la place du patient dans la relation de soin est l'accès croissant aux informations concernant leur santé. En effet, les patients souhaitent être davantage informés afin d'être acteurs de leur prise en charge. [270]

L'information est l'élément clé de la Communication Médecin Malade (CMM). Selon Ong et al., les trois dimensions essentielles de la CMM sont : La création d'une bonne relation interpersonnelle, l'échange d'informations et la prise de décision partagée. [271]

Il est établi qu'une CMM efficace aide les patients à réguler leurs émotions, facilite la compréhension de l'information médicale, et permet une meilleure identification de leurs besoins, de leurs perceptions et de leurs attentes. [272] Selon l'OMS, elle est la clé de meilleurs résultats de santé. Elle contribue à la compréhension de la maladie, des risques et des avantages du traitement. [273] Elle améliore la satisfaction des patients ; [274] l'échange d'informations qui facilite le diagnostic et l'adhérence au traitement prescrit. [275,276] En effet, les médecins communicants sont capables de fournir un meilleur soutien à leurs patients, de détecter les problèmes plus tôt, de prévenir les crises médicales et ainsi, de réduire les coûts des soins. [277]

Depuis quelques années, la prise de conscience des enjeux de la CMM et de l'information en santé, a donné lieu au développement de supports éducatifs tels que les programmes d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques, et les Fiches d'Information pour les Patients (FIP) pour tout type de consultations. Les FIP délivrées en complément de l'information orale au décours de la consultation, amélioreraient la satisfaction des patients, leur connaissance de la pathologie et limiteraient les prescriptions inutiles. [278]

Bien que l'échange d'information soit au cœur de la relation médecin-malade et que de nombreuses équipes de recherche se soient intéressées au sujet, en pratique courante, elle est trop souvent négligée par le médecin. [279] Pourtant, si les résultats scientifiques devaient se confirmer, une bonne pratique devrait donc inclure, aussi souvent que possible, un matériel

éducatif écrit en complément de l'explication orale et faire partie intégrante de la prise en charge thérapeutique.

1.1. Pourquoi ces fiches ?

A l'heure du multimédia, le patient a accès à une quantité considérable d'informations médicales, qu'il s'agisse de brochures gratuites, de journaux, de campagnes télévisées, de documents disponibles sur Internet. Ces informations n'ont pas toujours un contenu validé scientifiquement ou par des conférences de consensus établies par des sociétés savantes. Elles ne sont pas toujours lisibles, compréhensibles, attrayantes ou mises à jour. [280] Face à ces informations multiples, l'utilisateur peut facilement manquer de discernement et se sentir encore plus désorienté. Pour pallier à cette situation inconfortable pour le patient, nous avons entrepris la réflexion d'établir des fiches d'information patients, adaptées au contexte socio-culturel de notre société, et dont le but est d'informer, prévenir, éduquer, améliorer l'adhérence au traitement et participer à l'éducation des patients et plus précisément :

- D'améliorer le niveau de connaissance du patient ;
- D'aider le patient à comprendre les avantages et les inconvénients des traitements, ainsi que leurs risques éventuels, et de lui permettre d'effectuer un choix éclairé ;
- De permettre au patient de participer à la décision thérapeutique ;
- De prévenir les complications, les rechutes, la transmission de la maladie ;
- De servir indirectement de mémo aux professionnels de santé (recommandations de bonnes pratiques ; conseils hygiéno-diététiques). [281]

L'information écrite vient toujours en complément de l'information orale [282,283] Elle complète celle-ci en apportant des renseignements par écrit et permet donc au patient de s'y référer si besoin. Elle favorise la communication car elle permet au patient d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec les médecins qui lui dispensent les soins, et ainsi entretenir la relation médecin-patient. Elle favorise la compréhension du patient sur le but et le

déroulement des soins proposés, et l'incite à participer activement aux soins.

Ces documents écrits d'information peuvent être utiles dans les démarches de promotion de la santé, d'éducation pour la santé du patient. Elle n'a bien sûr pas vocation à recevoir la signature d'un patient [282,284].

1.2. Désir et besoin des patients d'information médicale écrite :

Ces dernières années, il apparaît que l'information médicale est de plus en recherchée par les patients. D'ailleurs, de nombreuses brochures ont été développées concernant des problématiques de santé bien différentes.

Kenny et al [285] soulignent l'importance et la nécessité d'utiliser des informations écrites et plus particulièrement sous forme de brochures d'informations. D'après Gauld, cité par Kenny, les personnes ne retiennent qu'approximativement 20 % de ce qui a été dit à l'oral, mais ce niveau peut s'élever à 50 % s'il y a un soutien additionnel écrit ou visuel. [285]

La brochure comme support à la communication entre professionnels de soins et patients est donc selon certains auteurs, un outil indispensable tant la communication est importante et a besoin d'être améliorée dans notre pratique actuelle (renforcement de points discutés en consultation, aide-mémoire pour le patient à domicile) [283,286,287].

Par ailleurs, on constate une demande très forte d'information écrite de la part des patients [286,288]. En effet, ces fiches information patient (FIP) améliorent la qualité des soins et la satisfaction des patients [287,289] et la plupart les conservent [289].

Dans une enquête incluant 360 patients, 90% ont déclaré vouloir une brochure à toutes ou une partie de leurs consultations, 67% ont déclaré lire ou jeter un coup d'œil aux brochures reçues et les garder ensuite, 30% lisent ou donnent un coup d'œil aux brochures avant de les jeter, et seulement 2% les jettent sans les regarder. Par contre seulement 11% des hommes et 26% des femmes ont déclaré avoir déjà demandé à un médecin des brochures [288]. Les patients ont donc besoin d'être incités par leur médecin dans la demande de brochures.

1.3. Impact des fiches d'information patients :

1.3.1. Impact sur les connaissances et la compréhension :

La connaissance et la compréhension des patients sont clairement améliorées par l'utilisation des FIP [286,290]. M. Sustersic qui avait commencé par élaborer 125 fiches dans le domaine de la médecine générale, a constaté dans son étude randomisée contrôlée qui évaluait l'impact de 4 de ces fiches qu'elles amélioraient la compréhension et la connaissance des patients sur la maladie. En effet, les scores de compréhension étaient significativement plus élevés dans le groupe FIP que dans le groupe témoin [290].

Cette étude a permis de montrer que les FIP:

- Favorisent un accès égal aux connaissances en faisant disparaître les différences initiales liées au niveau d'études. Ce point est important car la littérature révèle que les médecins ont tendance à négliger l'information délivrée aux classes sociales défavorisées.

- Améliorent les connaissances des patients et leur autonomie en induisant un comportement plus adapté (respect des recommandations dans la FIP);

- Diminuent le nombre de consultations pour une même pathologie parmi les nouveaux cas dans l'entourage.

Par ailleurs, les FIP renforcent les acquis et les bénéfices de toutes les autres formes d'information et de prévention [291].

A noter tout de même que les meilleurs scores de connaissances et de mémorisation des informations reçues proviennent du fait de l'association d'outils verbaux et écrits [292]. Ce qui confirme tout l'intérêt de délivrer l'information écrite en complément de l'information orale en consultation.

1.3.2. Impact sur les modifications de comportements :

Concernant l'impact sur des modifications d'attitudes ou de comportements, les résultats des études sont parfois discordants. L'impact varie en fonction du domaine et des pathologies rencontrées ainsi que des populations visées [293].

Certains auteurs restent prudents quant aux modifications de comportement et de compliance.

D'autres auteurs concluent tout de même à une amélioration de l'adhérence et de la compliance aux traitements [286] ainsi qu'un changement des comportements [290].

M. Sustersic dans son étude EDIMAP [289] qui évaluait l'intérêt des FIP en médecine générale a mis en évidence que la majorité des patients se sent capable de mieux prendre en charge leur santé en mettant en pratique une information donnée par écrit.

Dans le travail de thèse de E. Jeannet et L. Cozon-Rein sur l'impact des FIP auprès des patients, leurs résultats confirmaient de manière significative un impact positif des FIP dans la modification de comportement des patients et aussi de leurs proches. Elles constataient en effet une diminution du nombre de consultations chez les proches pour les mêmes symptômes dans le groupe ayant reçu une FIP [294].

Les FIP permettraient même selon certains auteurs de diminuer l'anxiété des patients [285].

1.4. Critères de qualité d'une fiche d'information :

Les recommandations de bonnes pratiques émises en 2000 par l'ANAES [282] et mises à jour en 2012 par l'HAS [284] relatives à la délivrance de l'information indiquent que l'information (orale ou écrite) doit répondre aux mêmes critères de qualité :

- être hiérarchisée et reposer sur des données scientifiques validées ;
- présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves y compris exceptionnels ;
- être compréhensible et claire pour le plus grand nombre ;
- en complément de l'information orale, lorsque des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre à la personne pour lui permettre

de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix ;

- le dossier porte la trace des informations données au patient afin de contribuer à la qualité de la continuité des soins.

Cependant, les documents écrits distribués sont souvent peu appropriés pour des patients à faible niveau d'alphabétisation alors que ceux –ci représenteraient la majorité de la population des hôpitaux publics. Ils sont parfois de qualité méthodologique insuffisante et un grand nombre d'entre eux sont diffusés sans avoir été évalués au préalable auprès de la population cible.

Ces documents sont hétérogènes dans leur forme, leur contenu et leur qualité. Ils sont peu utilisés dans la pratique en raison de différents facteurs dont une écriture trop complexe et mal adaptée au niveau de littératie des patients, une longueur de texte trop importante, et une mauvaise organisation du texte rendant la recherche d'information difficile.

Il est donc important que l'information écrite soit de bonne qualité, adaptée aux besoins des patients qui varient en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, la capacité de lecture du patient [286], et qu'il faut être attentif au fond et à la forme des FIP [295].

Certains auteurs suggèrent que les documents écrits destinés aux patients devraient être courts, structurés, combinant du texte et des illustrations, écrits de façon lisible et avec le moins de termes médicaux possibles. [296]

Une autre approche intéressante est l'utilisation de dessin. Son utilisation par le médecin améliore la compréhension du patient, la compliance au traitement et la remémoration de l'information. [297] L'utilisation du dessin par le patient permet d'explorer ses perceptions sur sa maladie, ses symptômes ou son traitement. [298]

➔ Les fiches d'informations patients se veulent claires et simples, les plus consensuelles possibles et à vocation uniquement informative.

Leur rédaction devrait obéir aux principes suivants :

–Neutralité : il ne s'agit pas du reflet de telle ou telle expérience personnelle mais de l'information délivrée par une société savante comme l'expression d'un consensus ;

–Intelligibilité : ces fiches doivent être parfaitement lisibles et compréhensibles par tous,

qu'il s'agisse notamment des patients et leurs proches, ou des avocats et des magistrats. Cela impose de remplacer la sémantique médicale et scientifique par les mots les plus simples et les plus explicites. Le texte doit être facile à lire et à comprendre, dans un langage simple et adapté à la population ciblée ;

–Validité : le « label » du service, de l'hôpital ou de la société savante confère à ces documents une autorité et une légitimité certaines. Cependant, pour que chaque document soit scientifiquement indiscutable, cela implique qu'il doit être relu et corrigé par plusieurs spécialistes référents dans chacun des domaines concernés ;

–Exhaustivité : l'information doit être totale, c'est-à-dire qu'elle doit porter non seulement sur la démarche diagnostique de la maladie dont est atteint le patient, mais également sur les traitements, les soins envisagés, et les risques qui y sont attachés. Toutes les complications connues devant être énoncées, y compris les plus exceptionnelles, quand bien même seraient-elles sans gravité. Le caractère complet de l'information est forcément difficile à respecter d'autant qu'il doit concilier le fait de ne pas décourager la motivation des patients ;

–Simplicité : les fiches d'information patients doivent suivre un plan identique et « chronologique ». Il semble évident que plus le volume du texte est important plus les informations deviennent difficiles à retenir, la longueur des fiches doit donc être limitée. Le texte doit être combiné à des illustrations, photographies ou schémas afin de faciliter la compréhension des informations ;

–Evolutivité : ces fiches ne doivent pas être définitives. Ils évolueront en fonction de l'état des connaissances scientifiques, ainsi que des modifications légales et jurisprudentielles. Cette évolutivité est l'affaire de tous et il est souhaitable que chaque utilisateur fasse part de ses propres observations et de celles éventuelles de ses patients.

2. La Fiche de consentement :

Avant même de dispenser des soins ou des traitements à un individu, il incombe au médecin d'obtenir de cette personne son consentement libre et éclairé. Deux principes fondamentaux sont à la base de cette exigence : l'inviolabilité de la personne humaine et l'autonomie de sa volonté.

Dans le contexte juridique, « consentir » signifie que le patient accepte, par un acte de volonté non équivoque, d’assumer certaines obligations [81] ; il en va de même dans la pratique médicale.

Le consentement se traduit par un processus d’échange d’informations entre le médecin et son patient ; l’expression de la volonté de ce dernier à se soumettre à l’un des traitements proposés est son aboutissement. Ce processus même n’est assujéti à aucune forme particulière et se présente généralement de façon verbale [81]. Le consentement peut donc, en principe, être exprès ou tacite [82,83].

Or, les juges sont de plus en plus souvent confrontés aux relations entre les médecins et leurs patients par mise en cause de la responsabilité médicale, exigeant que le consentement soit complété et formalisé par un écrit [81,84].

Le document comporte alors, pour être valide, 2 composantes importantes : une transcription de l’explication orale du traitement, qui doit comprendre toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée, et la signature d’un formulaire de consentement adéquat [81,84,85].

Il ne faut pas néanmoins confondre le consentement avec la forme sous laquelle on peut le consigner [81]. En aucun cas, le consentement ne peut être simplement qu’une question de forme, étant avant tout une question de fond [81] : un accord signé, sans les explications préalables y ayant mené, ne peut jamais constituer un consentement valide [86]. Toutefois, formaliser le consentement sur papier, sous forme de fiche ou formulaire de consentement, en rend la preuve de l’obtention certainement plus aisée [81,84,86].

2.1. Pourquoi cette fiche ?

Il existe différents facteurs qui participent à la mise en cause de la responsabilité médicale :

–Une intolérance vis-à-vis du risque du fait d’autrui, de plus en plus répandue chez nos concitoyens. Il faut, devant tout événement indésirable, trouver un “responsable”, voire un “coupable”, qu’il s’agisse du retard d’un train ou d’une complication postopératoire !

–Le rôle des médias qui, à quelques exceptions près, n’abordent les questions de santé que sous un angle spectaculaire (la prouesse technique ou la faute médicale), sans mentionner les notions de morbidité - mortalité, pourtant partie intégrante de notre exercice.

–L’accès quasi généralisé à Internet : des milliers de sites ayant pour thème la santé sont aujourd’hui disponibles (gouvernementaux, sociétés savantes, caisses d’assurance maladie, grands laboratoires, journaux médicaux), sans compter les sites individuels volontiers promotionnels ! Ils sont de plus en plus accessibles au grand public (transparence oblige) et délivrent des informations très abondantes, peu hiérarchisées voire non validées. Le malade dispose ainsi des mêmes informations que le médecin, mais sans avoir reçu sa formation [87]. La relation médecin-malade s’en trouve modifiée. En tout cas, le “Docteur, j’ai vu sur Internet...” est devenu inéluctable et justifie d’autant plus notre devoir pédagogique.

–Une plus grande judiciarisation, enfin, de ce qui touche aux activités de soins, dont témoigne la multiplication des expertises judiciaires médicales et le recours plus fréquent des patients à des médecins “d’assistance” ou à des avocats dans leur démarche de plainte. L’évolution de la jurisprudence se fait d’ailleurs régulièrement dans le sens des droits des malades et non ...du droit des médecins ! Ceux-ci, peu au fait des questions juridiques, n’ont pas – ou peu – la culture requise pour leur défense, souvent conduite avec maladresse. [88]

C’est à ce titre qu’il est souhaité sacraliser le consentement en lui donnant un caractère obligatoire et écrit, surtout dans les domaines jugés les plus sensibles. En plus de fournir la preuve que le patient a consenti au traitement proposé, la signature d’un formulaire de consentement est importante pour une autre raison. En effet, la signature de ce document avant toute intervention chirurgicale effectuée dans un hôpital sera prochainement exigée par la loi.

Cependant signalons d’emblée que le consentement ne dégage pas le professionnel de toute responsabilité, en effet on connaît des situations où, aveuglés par leur désir de guérison, certains patients ont du mal à peser les risques.

Il faut donc se rappeler que le formulaire de consentement signé par le patient n’est pas en soi le consentement. Le processus du consentement est fondé sur les explications fournies par le médecin, c’est-à-dire sur le dialogue entre le médecin et le patient à propos du traitement

proposé et de ses risques éventuels. Le caractère « écrit et signé » d'un consentement n'est pas la garantie de sa légitimité en termes de qualité de l'information délivrée, de compréhension et d'appropriation par les patients.

Le formulaire constitue simplement une confirmation écrite que des explications ont été fournies et que le patient a accepté ce qui lui était proposé. Un formulaire de consentement signé sera d'assez peu de valeur plus tard si le patient réussit à convaincre le tribunal que les explications fournies étaient insuffisantes ou même qu'aucune explication ne lui a été fournie. Ainsi tout consentement signé et recueilli en dehors d'une démarche de qualité serait considéré comme discutable, tant au plan éthique que juridique.

C'est là que tout l'enjeu se pose : faire de l'information et du consentement un acte de soin et de relation et non un seul acte de protection légale et réglementaire. De ce fait, le formulaire de consentement est considéré comme un outil qui permet de protéger la dignité humaine et de promouvoir son autonomie.

2.2. Contenu d'un formulaire de consentement :

Aucune loi n'impose de formulaire obligatoire pour consigner le consentement du patient. Cependant, les dispositions exigeant un consentement écrit pour l'anesthésie générale et la chirurgie en milieu hospitalier stipulent que ce document doit faire état de certains éléments : l'obtention par le patient de toutes les données concernant notamment les risques et les conséquences possibles, la signature du patient (ou celle de son représentant légal dans le cas des mineurs de moins de 14 ans ou des majeurs inaptes), ainsi que la signature du médecin traitant [81].

2.2.1. Rédaction simple et succincte :

Quelle que soit le formulaire utilisé, il importe que son contenu soit conforme aux buts visés par l'exigence de l'écrit. De plus, le formulaire doit non seulement être lisible mais également intelligible pour le patient [81], c'est-à-dire élaboré en termes clairs et précis. Le formulaire, d'abord conçu à des fins légales, tire justement toute son efficacité de la véritable compréhension de celui-ci par le patient [82,84].

Considérant la nature unique de chaque pathologie, il n'est pas souhaitable de recommander l'adoption d'un formulaire de consentement uniforme. Les éléments d'information devraient être appréciés par le médecin traitant en fonction du traitement envisagé, de sa nature (nécessaire, thérapeutique, urgent ou électif), ainsi que des besoins, caractéristiques et attentes de chaque patient.

Le formulaire de consentement doit être écrit dans un langage courant et avoir recours à des termes aussi peu techniques que possible. Il devrait être rédigé en fonction d'une personne n'ayant aucune expertise dans le domaine biomédical. Il doit être facile à lire et à comprendre, dans un langage simple et adapté à la population ciblée.

2.2.2. Identification et attestation des explications

Le formulaire doit comporter le nom du patient et, en termes généraux, la nature de l'examen, du traitement ou de l'opération. Le nom du médecin qui prodiguera le traitement doit y figurer. Le formulaire doit comporter une attestation par le patient à l'effet qu'il a reçu des explications sur la nature du traitement, sur ses effets possibles, sur les risques importants et sur les risques particuliers ou inhabituels. Le patient doit également reconnaître par écrit que des solutions de rechange au traitement ou à l'examen envisagé ont fait l'objet d'une discussion. Enfin, le formulaire doit comporter une reconnaissance par le patient qu'il est satisfait des explications fournies et qu'il les a bien comprises.

2.2.3. Actes médicaux supplémentaires ou substitutifs

Dans leurs explications préopératoires aux patients, les chirurgiens tenteront toujours de prévoir les situations qui pourraient survenir et les solutions de rechange qu'ils pourraient être appelés à adopter durant l'intervention. Toutefois, il arrive régulièrement que les circonstances obligent le médecin à envisager une extension de son intervention qui n'avait pas été prévue et dont, par conséquent, le patient n'avait pas été informé. Le patient doit en être également avisé.

Dans ces situations, le médecin ne peut outrepasser le mandat donné par le patient que si le fait de ne pas prendre les mesures additionnelles ou de rechange aurait pour effet de rendre inefficace l'acte pour lequel le patient a donné son consentement ou de poser un risque significatif pour la santé ou la vie du patient. S'il arrive qu'il faille procéder à un acte totalement

différent de ce à quoi le patient a consenti et qu'il est raisonnable et sans danger de retarder l'intervention, il faut laisser le patient reprendre conscience, lui donner les explications supplémentaires qui s'imposent et obtenir son consentement à la nouvelle opération. Ce n'est que lorsqu'un acte supplémentaire ou substitutif est immédiatement nécessaire à la santé ou à la vie du patient, et non pas seulement pour une question de commodité, que le médecin peut procéder sans un consentement explicite. [89]

2.2.4. Signatures

Puisque les formulaires de consentement ne sont que la confirmation écrite des explications fournies et du désir du patient d'aller de l'avant avec ce qui lui a été proposé, il est préférable de faire en sorte que la signature du patient soit apposée sur le formulaire aussitôt que possible après la discussion pour l'obtention du consentement. Parfois, il est possible d'accomplir cette formalité dans le cabinet du médecin ou au chevet du patient. Plus souvent, cependant, la signature constituera une étape administrative durant le processus d'admission à l'hôpital ou fera partie de la routine administrative de l'unité de soins. Il faut laisser au patient le temps de lire ce qu'il va signer et lui donner la chance de réfléchir aux conséquences de ce à quoi il est sur le point de consentir.

Certains formulaires de consentement exigent la signature du médecin traitant, lequel, ce faisant, déclare qu'il a donné au patient des explications avant le consentement. Il est évident que le but de cette signature est d'attirer l'attention du médecin sur ses obligations juridiques. Bien que le but poursuivi par la signature du médecin traitant soit louable, eu égard à certaines des considérations pratiques relatives aux formulaires de consentement, il peut être préférable de ne pas inclure cette exigence dans le formulaire et de ne pas l'imposer. Dans la plupart des cas, le médecin aura eu avec le patient les échanges qui s'imposent et pourrait bien ne pas être présent au moment où le patient appose sa signature. Par conséquent, si, à cause d'un oubli, la signature du médecin n'apparaît pas sur le formulaire, cette absence pourrait être plus dommageable pour le médecin, d'un point de vue juridique, que si le formulaire ne prévoyait pas que le médecin a l'obligation d'apposer sa signature. [89]

2.3. Notes dans le dossier médical

Un formulaire de consentement signé a une force probante indéniable et constitue une exigence juridique dans beaucoup de situations. Toutefois, lorsqu'un consentement éclairé est remis en question, une note du médecin dans le dossier peut être d'une utilité égale ou supérieure aux fins d'une défense. Les tribunaux s'appuient beaucoup sur les notes d'évolution, s'il est clair qu'elles sont contemporaines des événements auxquels elles se rapportent.

Au moment où le médecin donne les explications en vue d'obtenir un consentement, il est relativement simple pour lui de noter brièvement certains des éléments significatifs de sa conversation avec le patient. Une telle note, surtout si elle mentionne les questions ou les préoccupations particulières du patient, peut servir à valider le processus du consentement beaucoup mieux que tout autre document.

La note n'a pas besoin d'être longue ou élaborée. Si une conversation avec le patient a été consignée dans le dossier du médecin à son cabinet ou dans le dossier hospitalier, ceci constituera une preuve beaucoup plus crédible que les souvenirs de l'une ou l'autre des parties à la poursuite. Une note d'évolution contemporaine des événements et portant sur le consentement peut être d'une grande valeur et il est fortement recommandé aux médecins d'adopter une telle pratique. [89]

➔ La fiche de consentement est un document qui traduit la reconnaissance et le consentement du patient pour la réalisation d'un geste médical ou chirurgical. Le patient doit prendre le temps de lire et de comprendre l'information délivrée avant de donner son consentement. Le délai de réflexion est fondamental et légal. Il doit conserver un double de cette même fiche chez lui afin de pouvoir la lire à tête reposée et poser des questions au chirurgien ultérieurement.

Puisque les circonstances dans lesquelles on signe les formulaires de consentement sont si variées, il est en général préférable que les fiches d'information et autres documents semblables ne fassent pas partie intégrante du formulaire de consentement. Le fait pour le patient de signer le formulaire, et ce faisant de reconnaître qu'il a reçu les renseignements dont il avait besoin, constitue souvent une simple étape administrative qui ne permet pas une révision

adéquate des renseignements sur lesquels le patient doit fonder sa décision de subir ou non le traitement. Les documents d'appoint devraient être fournis au patient bien avant le moment de sa signature.

**FICHE D'INFORMATION
ET DE CONSENTEMENT
POUR LA CHIRURGIE DU
CANCER DE L'ESTOMAC**

Livret d'information sur la chirurgie du cancer de l'estomac

Qu'est-ce que le cancer de l'estomac ?

- Le cancer gastrique est une maladie des cellules de l'estomac qui est un organe abdominal situé à la suite de l'œsophage.
- Si aucun traitement n'est effectué, cette lésion se développe et peut se détacher pour aller s'implanter dans les ganglions ou vers d'autres organes.
- La plupart du temps, le cancer de l'estomac est un adénocarcinome dont les symptômes restent souvent non typiques. Les autres types microscopiques de cancers de l'estomac (lymphomes, tumeurs stromales gastro-intestinales, tumeurs endocrines, métastases ...) sont beaucoup plus rares.
- Il peut être favorisé par une gastrite chronique principalement causée par une bactérie du nom d'*Helicobacter Pylori*, le tabagisme, une alimentation riche en sel et pauvre en fruits et légumes, des antécédents de cancer de l'estomac ou encore plus rarement par une prédisposition génétique.



Diagnostic et le choix du traitement

- Le bilan est toujours débuté par une endoscopie digestive haute (gastroscopie) de l'œsophage et de l'estomac durant laquelle des biopsies sont réalisées. Le diagnostic est confirmé par l'analyse anatomopathologique. Un bilan complémentaire est réalisé par la suite avec souvent une écho-endoscopie, un scanner, un PET-Scan...
- Une coelioscopie exploratrice vous sera proposée. Celle-ci consiste à rechercher une lésion du péritoine (membrane recouvrant la paroi de l'abdomen).
- Le choix du traitement repose sur l'avis et la discussion de médecins spécialisés lors d'une Réunion de Concertation Multidisciplinaire (RCP). Selon la situation et suivant les recommandations nationales et internationales, une stratégie thérapeutique vous est proposée. Plusieurs traitements peuvent être utilisés, seuls ou combinés, pour traiter le cancer de l'estomac : le traitement endoscopique, la chirurgie et la chimiothérapie. Selon le cas, ils ont comme objectifs de :
 - supprimer la tumeur ou les métastases ;
 - réduire le risque de récurrence ;

- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- traiter les symptômes causés par la maladie.
- La chirurgie des cancers de l'estomac correspond bien souvent à la pierre angulaire du traitement.

BIEN S'INFORMER POUR MIEUX PARTAGER

N'hésitez pas à poser toutes vos questions aux professionnels qui s'occupent de vous. C'est en dialoguant que vous pourrez prendre ensemble les décisions adaptées à votre situation.

Chirurgie du cancer de l'estomac

- La chirurgie réalisée, appelée gastrectomie, consiste en une résection totale ou partielle de l'estomac. L'ensemble des ganglions avoisinants l'estomac sont aussi enlevés.
- L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. L'abord par coelioscopie peut éventuellement vous être proposé par le chirurgien selon la localisation de la tumeur et son stade.
- La reconstruction est réalisée durant le même temps opératoire à l'aide de votre intestin pour rétablir la continuité digestive.
- Cette intervention est réalisée par un chirurgien spécialisé et entraîné.

Quand est indiquée la chirurgie ?

- La chirurgie est proposée pour les cancers précoces lorsque la résection endoscopique n'est pas réalisable ou est impossible. Elle est également proposée pour les cancers localisés. Enfin, elle est réalisée pour les cancers localement avancés après une chimiothérapie.
- Elle peut aussi parfois être réalisée pour limiter la progression de la tumeur et/ou pour soulager les symptômes.

Préparation à la chirurgie

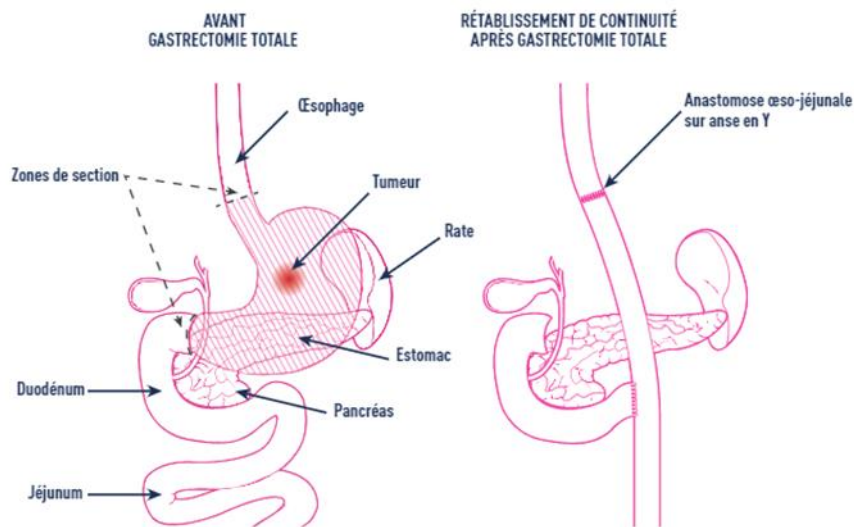
- Avant l'intervention, votre statut nutritionnel sera évalué et un support nutritionnel pourra vous être proposé en cas de perte de poids ou de carence. Il peut s'agir de compléments nutritionnels oraux, d'une alimentation entérale ou plus rarement parentérale.
- Un support par immuno-nutrition vous sera également recommandé par votre chirurgien une semaine avant la date opératoire afin de permettre à l'organisme de mieux réagir à l'agression chirurgicale.
- Votre statut respiratoire sera également évalué et vous rencontrerez si nécessaire notre kinésithérapeute qui vous apprendra certains exercices respiratoires pour vous préparer à l'intervention.
- Il est primordial d'arrêter toute consommation d'alcool et de tabac pour limiter les complications post-opératoires. Si vous le souhaitez, une aide adaptée pourra vous être fournie par un médecin spécialisé.
- L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie selon votre état général et vos antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Vous serez hospitalisé la veille de l'opération afin de vérifier que votre dossier est complet avec en particulier une carte de groupe sanguin et un bilan biologique récent.

Types d'intervention de l'estomac

- Différents types d'interventions sont possibles pour l'estomac. Les modalités vous seront exposées par votre chirurgien, en consultation. Le type de résection dépend de la localisation de la tumeur, du stade et du type de tumeur.
- La durée de l'intervention est variable. Elle dépend de la localisation de la tumeur et de la voie d'abord utilisée.

Gastrectomie totale

- La totalité de l'estomac est retirée avec tous les ganglions autour de l'organe.
- Cette technique est utilisée lorsque la tumeur est située dans les deux tiers supérieurs de l'estomac (tumeur proximale) ou lorsqu'elle est située au niveau de la jonction œsogastrique sans toucher l'œsophage.
- Il arrive parfois que la rate et/ou la vésicule biliaire soient également enlevées pendant l'intervention.
- La reconstruction du tractus digestif est réalisée en utilisant l'intestin grêle (anse en Y) qui est raccordé à l'œsophage (anastomose œso-jéjunale).



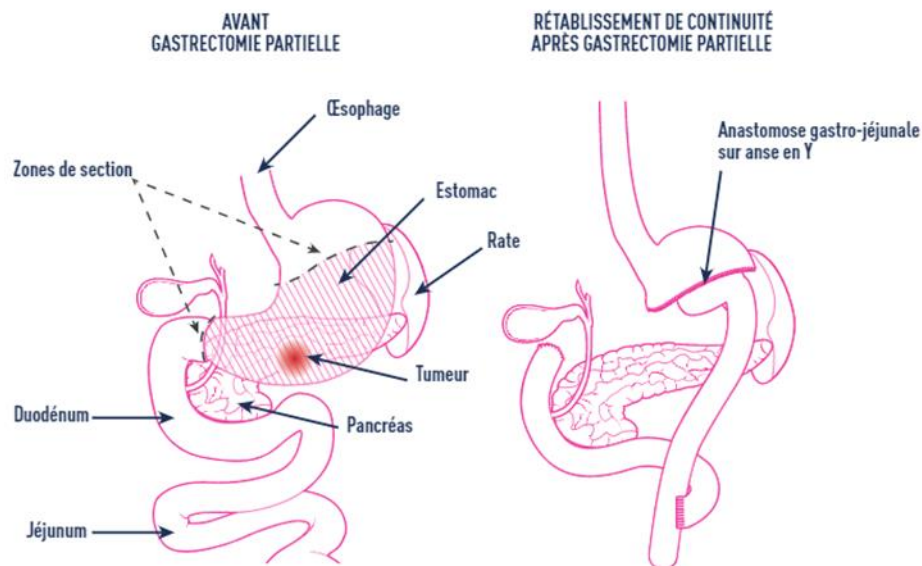
BIEN COMPRENDRE LES ENJEUX DU TRAITEMENT

Votre traitement vise à prendre en charge la maladie tout en préservant la meilleure qualité de vie possible. Il est adapté à votre cas.

Gastrectomie partielle ou subtotale

- La résection partielle de l'estomac consiste à enlever la partie basse de l'organe avec tous les ganglions autour de l'organe. Elle est proposée pour les tumeurs situées sur le niveau inférieur de l'estomac, l'antrum.
- La reconstruction du tractus digestif est réalisée en utilisant l'intestin grêle (anse en Y) qui est suturée à la partie de l'estomac restant (anastomose gastro-jéjunale).

- La voie d'abord de l'estomac est proposée par le chirurgien selon la localisation et le stade de la tumeur. Il s'agit soit d'une laparotomie, qui consiste en une large ouverture de l'abdomen, soit d'une laparoscopie, qui permet de pratiquer la chirurgie par de multiples petites ouvertures au travers de la paroi abdominale.



Le traitement des cancers à un stade précoce

- Pour les cancers précoces, un traitement endoscopique peut être une alternative à la chirurgie. Il consiste à décoller et enlever toute la muqueuse et la sous-muqueuse de l'estomac.
- Si le traitement endoscopique n'est pas satisfaisant, une chirurgie complémentaire peut être nécessaire. Cette décision, comme toutes les autres, est prise en réunion de concertation multidisciplinaire d'oncologie.

Vous êtes également associé aux décisions vous concernant tout au long de votre parcours de soins.

Après la chirurgie

- Après la chirurgie, vous êtes emmené en salle de réveil. Le réveil pourra se faire également en service de réanimation chirurgicale.
- Vous pouvez encore ressentir des nausées ou une somnolence liées à l'anesthésie. Les douleurs seront directement traitées par des antalgiques, généralement par de la morphine ou des dérivés.
- Un ou plusieurs drains peuvent parfois être positionnés pendant la chirurgie pour l'écoulement des liquides (sang, lymphes) qui peuvent s'accumuler pendant les premiers jours post-opératoires. Ils seront retirés progressivement sur décision du chirurgien après quelques jours.
- Une réalimentation progressive sera effectuée, selon l'évolution, le 1er jour postopératoire par une petite sonde placée directement dans l'intestin appelée jéjunostomie (= alimentation entérale). Une alimentation orale (par la bouche) sera permise de manière progressive et sous surveillance, sur décision du chirurgien.
- Des séances de kinésithérapie respiratoire pourront être prescrites après l'intervention chirurgicale. Elles vous permettront de récupérer le plus rapidement possible votre autonomie respiratoire et de mobilisation. Elles peuvent être poursuivies à domicile au besoin.
- La durée de l'hospitalisation varie en fonction de l'intervention réalisée et des suites, elle est en moyenne de 7 à 10 jours en cas de gastrectomie partielle, et de 10 à 12 jours en cas de gastrectomie totale.

Quelles sont les complications potentielles de cette chirurgie ?

Tout acte chirurgical comporte un risque de complication, même s'il est mené dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science.

Accidents liés à l'anesthésie :

- **Risque lié au terrain du patient** : les patients présentant une ou plusieurs affections chroniques (patient âgé, obèse, fumeur, présentant une hypertension artérielle chronique, une pathologie cardiaque, ...) et/ou aiguës, modifiant les grands équilibres physiologiques; sont plus exposés aux complications voir au décès. La prévention de ce risque se fera par une évaluation préopératoire adéquate où votre anesthésiste procède à évaluer votre état général et de dépister une éventuelle contre-indication à l'anesthésie ou à la chirurgie elle-même.
- **Risques directement liés à l'anesthésie** : peuvent survenir même chez un sujet en parfaite santé antérieurement. Ces événements sont rares et inattendus, Ils sont beaucoup plus difficiles à prévenir, peuvent être mortels. Il s'agit surtout des accidents respiratoires lors de l'intubation difficile, et des accidents allergiques aux substances utilisés en anesthésie.

Accidents au cours de l'opération :

- **Hémorragie** : peut survenir suite à une plaie des organes voisins ou des vaisseaux, dans tous les cas la source de l'hémorragie va être identifiée et réparée.
- **Ligature accidentelle** de certains vaisseaux
- **Accidents propres à la voie laparoscopique** : se divisent en incidents mineurs surtout en rapport avec l'insufflation de gaz, et accidents rares mais pouvant être graves dont les plaies et l'embolie gazeuse (injection du gaz dans un vaisseau).
- La survenue d'accidents au cours de l'opération pourra mener à une conversion de la voie laparoscopique vers la chirurgie ouverte.

Complications postopératoires :

Il s'agit de complications survenant dans la période postopératoire, durant votre hospitalisation ou jusqu'à 2 mois après l'opération. Elles se divisent en complications non spécifiques, communes à tous les types de chirurgie, et en complications spécifiques des gastrectomies.

Complications non spécifiques :

- **Douleurs** : la gestion de la douleur est primordiale pour votre confort et pour vous permettre une respiration adéquate et une mobilisation rapide. Nous veillerons à vous prescrire les médicaments nécessaires pour vous soulager au mieux.
- **Complications infectieuses** : il peut s'agir d'une infection de la plaie opératoire, d'une infection respiratoire ou urinaire (fréquentes), ou d'une septicémie (syndrome infectieux généralisé). La prévention des infections se fait par le respect de notre équipe des conditions d'asepsie et l'administration d'antibiotiques en pré et post opératoire.
- **Phlébites** : par la formation de caillots sanguins qui bloquent la circulation veineuse, et qui peuvent migrer aux vaisseaux du poumon et entraîner une embolie pulmonaire. Leur prévention se fait par la prescription d'un traitement anticoagulant associé au port de bas de contention anti-thrombose.
- **Décès** : le taux de mortalité a nettement diminué avec l'évolution des techniques chirurgicales et de la réanimation postopératoire. Les gastrectomies totales sont responsables d'une mortalité plus importante que les gastrectomies partielles, surtout si accompagnées d'une splénectomie ou pancréatectomie.

Complications spécifiques :

- **Hémorragie** : elle peut être intra-abdominale par lâchage tardif d'une suture vasculaire, ou digestive (plus rare) extériorisée par les voies naturelles suite au saignement de la portion restante de l'estomac ou de l'anastomose (raccord) digestive. Quand survient une hémorragie intra-abdominale, une ré-intervention chirurgicale s'impose. En cas d'une

hémorragie digestive, le recours en premier lieu se fera à un traitement conservateur par lavage gastrique et administration d'hémostatique. Dans la majorité des cas on note l'arrêt de l'hémorragie, en cas d'échec la ré-intervention s'impose.

- **Fistule digestive anastomotique** : il s'agit d'un défaut de cicatrisation au niveau du raccord entre l'estomac et l'intestin grêle (anastomose gastro-jéjunale) dans le cadre d'une gastrectomie partielle, ou entre l'œsophage et l'intestin grêle (anastomose œso-jéjunale) dans une gastrectomie totale et qui est plus fréquente. Du liquide et de l'air peuvent passer au travers du trou et s'écouler dans l'abdomen. Différents traitements sont possibles, de l'arrêt de réalimentation à une nouvelle chirurgie en passant par un drainage de la fistule, selon le débit fistuleux.
- **Abcès et péritonite** : se définissent comme une inflammation infectieuse de tout ou d'une partie du péritoine secondaire à une désunion importante de l'anastomose. Elle est rare mais redoutable. La ré-intervention chirurgicale aura pour but d'éradiquer le foyer infectieux intra-abdominal et de rétablir la continuité digestive si possible.
- **Eviscération** : c'est l'extériorisation des organes abdominaux à travers la plaie opératoire suturée désunie par une absence de cicatrisation. Elle est fréquente aux âges extrêmes de la vie. Son traitement consiste en la reprise des sutures des plans abdominaux, avec parfois utilisation de prothèse.
- D'autres complications existent, certes très rares mais il reste important de les citer car redoutables. Il s'agit de la **pancréatite postopératoire** suite à une lésion des canaux ou vaisseaux pancréatiques. Et des **ischémies postopératoires** qui peuvent concerner le duodénum, l'estomac, l'intestin ou le colon, elles sont dues aux ligatures des vaisseaux au cours de la gastrectomie.

Conséquences fonctionnelles de l'opération :

Le fait de retirer une partie ou la totalité de votre estomac entraîne des conséquences sur la digestion, qui seront traitées par des règles hygiéno-diététiques.

- **Dumping syndrome** : cette complication est caractérisée par une sensation de malaise après les repas, elle est liée à l'arrivée brutale des aliments dans l'intestin.
- **Syndrome du petit estomac** : la chirurgie entraîne une diminution relative de la capacité d'ingestion des aliments. Des repas même peu copieux peuvent vous donner la sensation d'être vite rassasié. Cette sensation nécessite de fractionner l'alimentation.
- **Reflux biliaire** : la suppression du sphincter pylorique (anneau terminal de l'estomac qui empêche les aliments d'y retourner), peut entraîner un reflux des sécrétions bilio-pancréatiques dans la portion restante de l'estomac et/ou l'œsophage, à l'origine d'une gastrite ou d'un ulcère anastomotique, pouvant conduire à une complication voire à un cancer. Il est dépisté par des endoscopies répétées, et sera traité en absence de complication par pansements digestifs.

- **Sténose (rétrécissement) de l'anastomose ou syndrome de l'anse afférente** : peut survenir par la suite engendrant des gênes à l'alimentation. Elle est la plupart du temps traité par des dilatations endoscopiques.
- **Diarrhées** : elles sont principalement générées par la section des nerfs de l'estomac (geste chirurgical habituel lors d'une gastrectomie) qui entraîne une accélération du transit intestinal. Votre médecin vous prescrira un traitement anti-diarrhéique si nécessaire.
- **Déficit en vitamine B12** : cette vitamine est importante dans le processus de fabrication des globules rouges. En cas de résection gastrique complète, votre corps ne pourra plus absorber la vitamine B12, entraînant une anémie et nécessitant une supplémentation.
- **Perte de poids** : une perte pondérale est commune à toutes les interventions digestives, plus importante en cas de gastrectomie totale. Il est nécessaire de suivre les conseils diététiques fournis par l'équipe médicale et diététique soit au minimum 5 à 6 petits repas sur la journée (fractionnement).



Mesures hygiéno-diététiques :



- Consommez des repas de petit volume et fractionnez vos prises alimentaires sur la journée (au minimum 5 repas par jour).
- Prenez le temps de manger et de bien mâcher les aliments pour prolonger la première phase de la digestion (la mastication) et ainsi faciliter la transformation du bol alimentaire tout au long du tube digestif. Pour cela, assurez-vous auprès de votre dentiste que vos dents sont en bon état.
- Privilégiez des aliments riches en calories et en protéines. Un régime digeste et pauvre en fibres vous permettra de limiter le syndrome de petit estomac et les sensations qui l'accompagnent.
- Réintroduisez progressivement, en fonction de votre tolérance, les aliments sucrés et les laitages.
- Privilégiez les boissons sous forme de petits volumes entre les repas, en évitant de boire en mangeant.
- Évitez de consommer des boissons alcoolisées et/ou gazeuses.
- Après le repas, installez-vous en position semi-allongée. Cela ne peut qu'améliorer la digestion et éviter les reflux alimentaires.
- Reprenez progressivement une activité physique quotidienne adaptée (par exemple une demi-heure de marche lente quotidienne). Discutez-en avec votre chirurgien et votre médecin traitant.

Une prise en charge nutritionnelle et/ou hygiéno-diététique adaptée vous permettra de personnaliser votre régime alimentaire pour rétablir ou maintenir un état nutritionnel correct, tenant compte des conséquences de la chirurgie.

Votre sortie

- Lors de votre sortie :
 - une ordonnance vous est remise comportant des antalgiques et des injections d'anticoagulants ;
 - une ordonnance pour la vitamine B12 ;
 - un bilan biologique de surveillance de la nutrition.
- Votre vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler. Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent.

Suivi et surveillance

- Après discussion des résultats de la chirurgie, il vous est proposé un suivi dont les objectifs sont non seulement de détecter les effets secondaires des traitements, les récives locales ou à distance, mais aussi veiller à votre qualité de vie en organisant les soins complémentaires et d'accompagnement.
- Habituellement, il s'organise de manière régulière durant les 5 années qui suivent votre traitement par suivi clinique et par scanner. D'autres examens peuvent être proposés.
- La surveillance a également pour objectif de juger du retentissement nutritionnel de la gastrectomie et de dépister une dénutrition et d'éventuelles carences (Vitamine B12, fer, folates ...).
- Lorsque la chirurgie a également comporté l'ablation de la rate, une vaccination contre différentes bactéries (pneumocoque, méningocoques, *Hémophilus influenzae* de type B) doit être réalisée et régulièrement mise à jour conformément aux recommandations professionnelles.
- Lorsque la gastrectomie a été partielle, une surveillance endoscopique régulière du moignon gastrique doit être mise en place.
- Dans le cas où la chimiothérapie a été administrée avant la chirurgie, il vous sera proposé de consolider le traitement par de nouvelles cures, associée ou non à la radiothérapie.

Madame, Monsieur,

L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information sur la chirurgie du cancer de l'estomac. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires. Nous restons à votre entière disposition.

Consentement éclairé pour la chirurgie du cancer de l'estomac

Cher patient(e),

Le livret d'information qu'on vous a remis a été rédigé dans le but de vous informer sur votre traitement, sur les effets secondaires fréquents ainsi que sur les complications les plus courantes ou les plus sérieuses pouvant survenir.

En tant que patient, vous avez droit à une information par rapport à votre maladie et aux traitements médicaux et chirurgicaux recommandés. Ce formulaire vous est fourni pendant la consultation chez votre médecin traitant, où vous recevrez oralement et par écrit toutes les informations pertinentes concernant l'intervention envisagée.

Ce formulaire doit être rendu signé à une personne de l'équipe médicale au plus tard au moment de l'intervention pour qu'il puisse être joint à votre dossier médical. Le but de cette information n'est pas de vous angoisser mais bien de vous fournir une information suffisante pour vous permettre de décider si oui ou non vous souhaitez subir cette intervention.

Je soussigné(e), né le certifie que, au cours de la consultation du avec le docteur , il a été convenu qu'une hospitalisation est nécessaire à partir du à l'hôpital , pour subir une intervention pour mon cancer d'estomac.

Le médecin traitant m'a fourni des informations précises par rapport à mon état de santé. Il m'a exposé en termes simples et compréhensibles l'évolution possible de mon état de santé s'il n'est pas procédé à l'intervention ou procédure envisagée. Il m'a également informé de l'éventualité de traitements alternatifs avec leurs avantages et inconvénients.

Le médecin traitant m'a exposé clairement la nature, le but et le degré d'urgence de l'intervention envisagée avec les inconvénients qui peuvent en résulter, ainsi que les contre-indications, les risques et les effets secondaires à court et à long termes. La durée de l'intervention/du traitement ainsi que les éventuels soins ultérieurs m'ont également été expliqués. J'ai également reçu une brochure d'information sur l'intervention et traitement envisagés.

Je comprends également que la pratique clinique médicale n'est pas une science exacte et que l'énumération des complications éventuelles ne peut jamais être complète. De même, je

comprends qu'il ne peut pas y avoir d'accord/d'engagement en termes de résultat final de la procédure/de l'intervention.

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

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

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

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

Fait à le

Nom du patient :

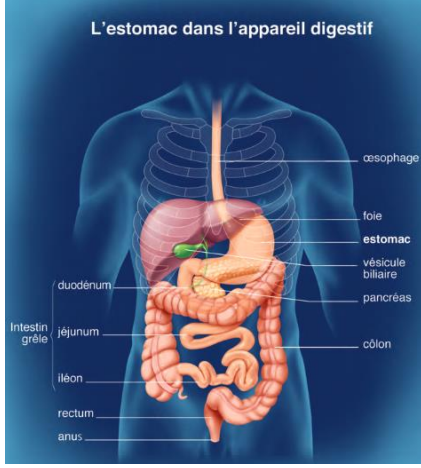
Signature du patient ou d'un parent/tuteur :

Nom du médecin qui a donné les informations :

Signature du médecin qui a fourni les informations :

كتيب المعلومات حول جراحة سرطان المعدة

شنو هو سرطان المعدة ؟



- سرطان المعدة هو مرض كيصيب خلايا المعدة لي هي عضو من أعضاء البطن وكتجي من بعد المرئ.
- إلا خَليناه بدون علاج، السرطان كينتاشر وكيقيس الولسيس المحيط بالمعدة او الأعضاء المجاورة و حتى لي بعيدة .
- في معظم الأحيان ، سرطان المعدة كيكون من السرطانات الغديّة ، والأعراض لي كظهر على المريض مكتشيرش الى وجود سرطان بشكل مباشر.
- بعض العوامل كتساهم فتكون سرطان المعدة بحال الالتهاب المزمن للمعدة بسبب "جرثومة المعدة" ، التدخين ، التغذية لي فيها نسبة عالية من الملح وقليلة فيها الفواكه والخضراوات، و إلا كان أحد أقارب المريض فايث جاه سرطان المعدة أو مشكل في الجينات كييجعلو عندو قابلية انه يتصاب بسرطان المعدة .

التشخيص واختيار العلاج :

- تشخيص سرطان المعدة كيكون عبر التنظير الهضمي العلوي (تيود المعدة) باش كياخذ الطبيب عينات من الورم وكيقوم بالتحليل ديالها لي غادي يمكتّا من تأكيد وجود السرطان.
- بالإضافة إلى ذلك كيطلب الطبيب من المريض يدير فحوصات أخرى بحال السكاكير.
- من بعد يقدر يقوم الطبيب بفحص البطن بالمنظار باش يحدد مدى انتشار السرطان الى مكونات البطن المجاورة للمعدة .
- اختيار الطريقة المناسبة للعلاج كتخاد من بعد مناقشة ملف المريض من طرف فريق الأطباء خلال اجتماع استشاري متعدد التخصصات. وكيحتارم هاد الاختيار جميع الشروط الموصى بها على الصعيدين المحلي والعالمي. ثمّ كيتم عرض الاختيار على المريض .
- يمكن استخدام العديد من طرق العلاج، بشكل فردي أو مجتمعة: العلاج بالمنظار، الجراحة، العلاج الكيميائي . حسب حالة المريض، الهدف من العلاج كيكون :
 - استئصال الورم
 - التقليل من فرص رجوع الورم

- إبطاء تطور السرطان وانتشاره في الجسم .
- علاج الأعراض الجانبية لي كيسسبها السرطان .
- الجراحة فسرطان المعدة كتشكل العلاج الأهم بين العلاجات الأخرى.

الحصول على معلومات جيدة ضروري للمشاركة ديالك فالعلاج

ما تترددش فطرح جميع الأسئلة على الفريق لي مكلف بيبك. الحوار مع الأطباء غيمكنا من اتخاذ القرارات المناسبة للحالة ديالك.

جراحة سرطان المعدة :

- الجراحة لي كنديرو كتسعى استئصال المعدة ، وكيكون الاستئصال جزئي أو كلي ، إلى جانب استئصال الغدد اللمفاوية (الولىسيس) المحيطة بالمعدة . هاذ العملية كتطلب تخدير كلي للمريض .
- من بعد استئصال المعدة ، الطبيب كيغوضها بجزء من الأمعاء .
- الطبيب الجراح كيقرر طريقة استئصال الورم على حسب مكان تواجد الورم ومدى التطور ديالو، و لي ممكن تكون بالفتيح أو بالجراحة بالمنظار عبر مجموعة من الثقابي في البطن.
- هاد العملية كيقيم بها طبيب جراح مختص في هاد النوع من العمليات لي كيكون مدرب عليها بشكل جيد .

امتي كيدير المريض عملية استئصال المعدة ؟

- العملية كيديرها المريض لي تم اكتشاف سرطان المعدة عندو بشكل مبكر ، ملي التطور ديالو كيكون باقي محدود ومزال ممنتشر ، أو بالنسبة للأورام لي الانتشار دياالها تحدّ من بعد العلاج الكيميائي .
- في بعض الأحيان ممكن إجراء هاد العملية للحد من انتشار السرطان أو بهدف التخفيف من الأعراض الجانبية لسرطان المعدة .

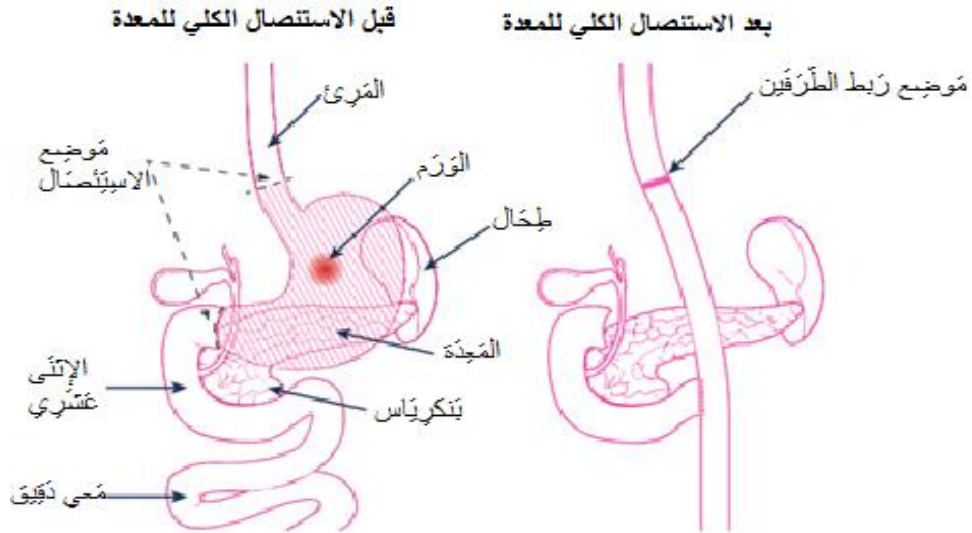
التحضير للعملية :

- قبل العملية ، كيتم تقييم حالة المريض التغذوية والتسوية دياالها إلا كان نقص أو فقدان المريض للوزن، بواسطة مكملات غذائية عن طريق الفم ، مباشرة عبر الأمعاء او نادرا عبر السيروم .
- دعم الجهاز المناعي بواسطة نظام تغذية خاص ينصح به الطبيب الجراح لمدة أسبوع قبل العملية باش تعطي للجسم ديالك الجهد الكافي للاستجابة بشكل جيد للعملية.

- سيتم أيضا تقييم الجهاز التنفسي من طرف أخصائي فالترويض التنفسي لي كيعلّمك بعض تمارين التنفس ويساعدك باش تكون جاهز للعملية.
- من الضروري التوقف عن التدخين و عدم استهلاك الكحول للتقليل من المخاطر بعد العملية . يمكن طلب المساعدة من طبيب مختص فهاد المجال .
- العملية كتطلب التخدير الكلي للمريض ، استشارة طبيب التخدير (البناج) قبل العملية كتمكن من تقييم المخاطر المتعلقة بالتخدير (البنج)، حسب الحالة العامة ديال المريض والمشاكل الصحية لي عانا منها من قبل أو لي باقي كيّعاني منها .

مختلف طرق العملية الجراحية على المعدة :

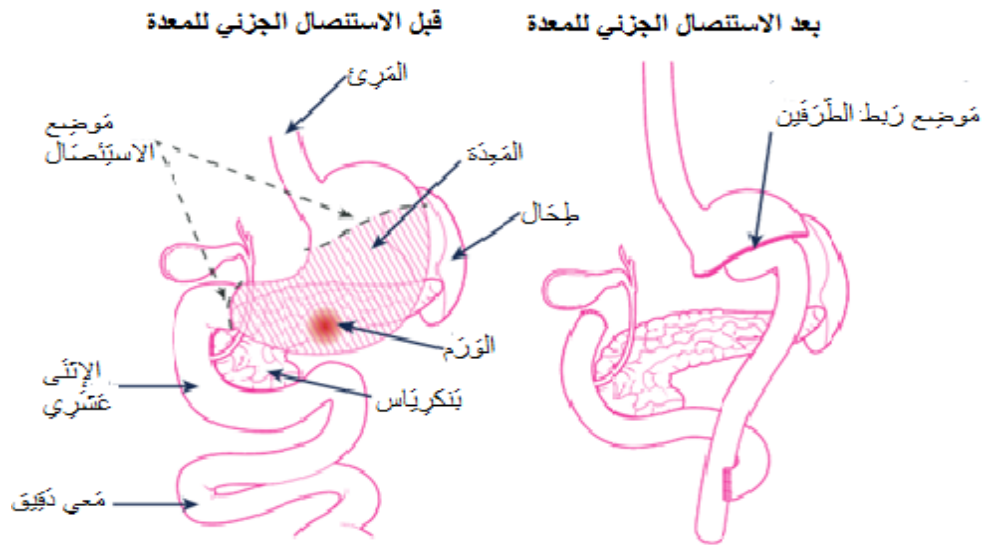
- هناك مجموعة من العمليات الممكنة على المعدة .
- التفاصيل غادي يشرحها لك طبيبك الجراح خلال الاشارة معه، طريقة الاستئصال كتعلّق بمكان تواجد الورم، مرحلة التطور ديالو و نوع الورم.
- الاستئصال الكلي للمعدة :
- يتم الاستئصال الكلي للمعدة مع جميع العقد اللمفاوية (الوليسيس) لي كيحيط بها . ممكن فبعض الأحيان استئصال الطحال و /أو المرارة خلال العملية الجراحية .
- تعويض المعدة كيتم باستخدام الأمعاء الدقيقة (على شكل Y) والوصل ديالها مع المرئ.



يهدف العلاج ديالِك إلى التكفل بالمرض مع الحفاظ على أفضل جودة ممكنة للحياة. العلاج لي غادي يتقترح عليك خاص و مناسب للحالة ديالِك.

— استئصال المعدة الجزئي :

- الاستئصال الجزئي للمعدة يتم عبر إزالة الجزء السفلي من المعدة مع جميع العقد اللمفاوية الخاصة به.
- هاد النوع من العمليات كيذار للأورام لي كتكون فالجزء السفلي د المعدة .
- استعادة استمرارية الجهاز الهضمي كتكون باستعمال الأمعاء الدقيقة (حلقة على شكل Y) لي كنوصلوها بالجزء المتبقي من المعدة.



— علاج سرطان المعدة عند الكشف المبكر:

إلا تم الكشف المبكر عن وجود سرطان، ممكن يكون العلاج ديالو فقط عبر التنظير الهضمي (تَيَو د المعدة) بدون جراحة، و لي كيتم فيه استئصال الورم بالكامل من الجذر ديالو . فحالة ما كان العلاج بالتنظير الهضمي غير كافي

فمممكن أننا نكملوا بعملية جراحية. هاد القرار بحال القرارات الأخرى كيخدوه الأطباء بعد الاجتماع دياهم مع حضور مختلف المتخصصين المتدخلين في العلاج.

تا انت كتشارك فجميع القرارات لي كتعلق بيك طوال رحلة العلاج الخاصة بيك.

بعد العملية :

- من بعد العملية، كيتم النقل دياك للغرفة لي كيقيقو فيها المرضى من البنج، أو لقسم الإنعاش الجراحي. من الممكن انك تحس بالتروية والدوخة لي كتكون مرتبطة بالبنج. كانعطوك مباشرة مسكنات قوية للألم الناتج عن العملية.
- من بعد ما كيسالي الطبيب الجراح العملية، كيوضع فيلاصة الفتيح أنبوب (التيو) أو مجموعة من الأنبوب باش يخرجو لنا السوائل (الدم ، اللمف) من مكان الفتيح وميتجمعوش لداخل. هاد الأنبوب غايحيدهوم الطبيب تدريجيا.
- الرجوع إلى التغذية كيكون بشكل تدريجي حسب تطور الحالة دياك. فالنهار الأول من بعد العملية، كيتم وضع أنبوب صغير مباشرة في المعى الدقيق باش نعطيوك غذاء خاص عبر هاد الأنبوب . غادي نرجعو للتغذية عبر الفم بشكل تدريجي، تحت مراقبة وقرار الطبيب الجراح.
- من الممكن أيضا القيام بحصص ديال الترويض التنفسي، الهدف دياهم هو استعادة القدرة التنفسية والحركية الطبيعية بسرعة.
- مدة الاستشفاء كتكون على حسب التقنية الجراحية لي درنا و تطور الحالة دياك، تقريبا 7-10 أيام فالاستئصال الجزئي للمعدة، و 10-12 يوم فحالة الاستئصال الكلي.

شنو هي مخاطر العملية الجراحية على المعدة ؟

كل العمليات الجراحية عندها احتمال حدوث مضاعفات، حتى لو تعمليات فظروف مزيانة واحترافية.

مضاعفات متعلقة بالبنج:

- خطر مرتبط بحالة المريض: يمكن البنج يآثر على المريض لي كبير فالسن، لي كيدخن أو عندو زيادة فالوزن، أو عندو أمراض مزمنة (الضغط، السكر، القلب...). وهكذا يتسبب فمضاعفات فوقت العملية أو من بعدها ويقدر يآدي حتى الوفاة. للوقاية من هاد الخطر غادي يشوفك الطبيب البنج قبل العملية باش يحدد الحالة دياك ويشوف واش الجسم دياك يقدر يتحمل البنج والعملية.

- خطورة متعلقة بالبنج : وصعب نتوقعوها حيث نادرا ما كتوقع ويمكن تصيب حتى الناس لي فحالة صحية جيدة. وكتمثل فحوادث تنفسية فحالة صعوبة التنبيب (الأنبوب د الأوكسيجين لي كيدخل فالحلق) أو حساسية من المواد المستعملة فالتخدير.

الحوادث أثناء العملية:

- النزيف: يمكن يحدث في حالة إصابة أعضاء مجاورة للمعدة أو أوعية دموية. فجميع الحالات مصدر النزيف كيتعرف وكيتم الإيقاف ديالو.
- الحوادث الخاصة بتقنية الفتيح بالمنظار : يمكن تقسيمها إلى حوادث خفيفة كتعلق بنفخ الغاز فالبطن، وحوادث نادرة ولكنها خطيرة بما في ذلك الجروح و حقن الغاز في وعاء دموي.
- قد يؤدي وقوع الحوادث أثناء العملية إلى تحويل تقنية الفتيح بالمنظار إلى الجراحة المفتوحة.

مضاعفات ما بعد الجراحة:

هاد المضاعفات كتحدث فالفترة لي بعد الجراحة، فاش كتكون ناعس فالمستشفى أو حتى شهرين بعد العملية. وهي مقسمة إلى مضاعفات عامة، تقدر توقع في جميع أنواع الجراحة، ومضاعفات خاصة بعملية سرطان المعدة.

— المضاعفات العامة:

- الألم: تخفيف الألم إجراء ضروري لراحتك وللسماح لك بالرجوع للحركة بسرعة. غيتم وصف الأدوية اللازمة لراحة ديالك.
- المضاعفات التعفننية : يقدر يوقع تعفن فالجرح دبال العملية، فالجهاز التنفسي أو البولي، أو انتقال التعفن للدم. تتم الوقاية من التعفونات من خلال احترام فريقنا لشروط التعقيم وإعطاءك مضادات حيوية قبل العملية وبعدها.
- تخثر الدم فالوريد: عن طريق تكوين جلطات الدم لي كتسد الدورة الدموية الوريدية. يتم منعه عن طريق وصف علاج مضاد للتخثر مع ارتداء الجوارب الضاغطة المضادة للتخثر.
- الوفاة: مع تطور التقنيات الجراحية، نقص عدد الوفيات بشكل ملحوظ. عمليات استئصال المعدة الكلي كتبقا مسؤولة عن نسبة وفيات أكبر مقارنة مع عمليات الاستئصال الجزئي ، خاصة إلا كانت مصحوبة باستئصال الطحال أو استئصال البنكرياس.

— مضاعفات خاصة بعملية سرطان المعدة:

- النزيف: يمكن يوقع داخل البطن إلا ترخا والغراز ديال الأوعية الدموية ، أو نادرا بسبب نزيف الجزء المتبقي من المعدة أو نزيف مكان وصل الأمعاء مع المرئ. عند حدوث نزيف داخل البطن ، تدخل جراحي آخر كيكون ضروري. في حالة حدوث

نزيف معوي ، كىكون علاج أولى عن طريق غسل المعدة وإعطاء أدوية لإيقاف النزيف. فى معظم الحالات ، هاد العلاج كىكون كافى ، وإلا فشل كتولى الجراحة ضرورية.

• تسرب فمكان وصل الأمعاء: كىوقع مى ما كتلتأمش الخياطة مزيان فمكان الوصل بين المعدة والأمعاء فحالة استئصال جزئى للمعدة ، أو بين المريء والأمعاء فى حالة استئصال المعدة الكلى، و لى كىسبب فمرور السوائل والهواء عبر الفتحة ويدخلو للبطن. كايينين علاجات مختلفة ممكنة ، من إيقاف التغذية إلى التدخل الجراحى، على حسب كمية التسرب.

• التهاب وتغفن الصفاق: و هو التهاب تعفنى كىقيس كل أو جزء من الصفاق (الغشاء الداخلى للبطن) بسبب تسرب كبير فى مكان الوصل. كيتطلب تدخل جراحى للقضاء على التغفن داخل البطن وإعادة الخياطة.

• خروج الأحشاء: هو خروج أعضاء البطن من الجرح دىال لفتح مى ما كتلتأمش الخياطة دىالها مزيان. كىوقع فالأكثريه للمرضى الكبار فالعمر. العلاج كىكون بإعادة الغراز دىال الفتحة ، مع إمكانية استخدام أنسجة صناعية لتقوية الجدار.

• كايينين مضاعفات أخرى نادرة ، ولكن مهم نذكرها. بحال التهاب البنكرياس بعد الجراحة بسبب إصابة العروق دىالو، ونقص التروية الدموية لى يمكن يصيب المعدة أو الأمعاء أو القولون ، و لى ناتج عن ربط الأوعية الدموية أثناء استئصال المعدة.

العواقب الوظيفية للعملية:

إزالة جزء من المعدة أو كلها عندها عواقب على عملية الهضم، غايتم اتباع عادات غذائية خاصة للتخفيف من هاد العواقب.

• "متلازمة الإغراق": لى هى شعور بعدم الارتياح بعد الماكلة، و لى مرتبطة بوصول الماكلة بشكل مفاجئ إلى الأمعاء.

• متلازمة المعدة الصغيرة: الجراحة دىال المعدة كتسبب فنقص القدرة على تناول الطعام. حتى الوجبات الصغيرة يمكن تخليك تحس بالشبعة بسرعة. لتجنب هاد الإحساس يجب تقسيم الوجبات.

• ارتداد المرار : يقدر يتسبب استئصال العضلة البوابية (جزء المعدة لى كان كىمنع رجوع الماكلة لىها) فارتداد المرار إلى الجزء المتبقى من المعدة و/ أو المريء ، لى يقدر يأدى لالتهاب المعدة أو قرحة فمكان وصل الأمعاء ، و لى ممكن تعطي مضاعفات أو تولى سرطان. يتم الاكتشاف المبكر دىالو عن طريق الفحص المتكرر بالتنظير ويتم العلاج بواسطة الدوا دىال الحرقه إلا ما كانوش مضاعفات.

• تضيق مكان وصل الأمعاء: يقدر يوقع تضيق فمكان وصل الأمعاء و الاختناق دىالو لى كىسبب صعوبة فى التغذية. فى غالب الأحيان ، العلاج كىكون عن طريق توسيع التضيق بالمنظار.

- الإسهال: كينتج بشكل رئيسي بسبب قطع الأعصاب ديال المعدة (إجراء جراحي معتاد أثناء استئصال المعدة) لي يؤدي إلى تسريع حركة الأمعاء. العلاج سيكون بدوا مضاد للإسهال.
- فقر الدم الناتج عن نقص فيتامين ب 12: هاد الفيتامين مهم فتكوين الكريات الحمراء و سيكون الامتصاص ديالو فالمعدة. بعد العملية الجسم ديا لك ما غيبقاش قادر يمتصو ، لذلك تناول المكملات الفيتامينية ضروري .
- إنقاص الوزن: فقدان الوزن كيقوع فجميع عمليات الجهاز الهضمي ، و سيكون أكثر في حالة استئصال المعدة بالكامل. من الضروري اتباع النصائح الغذائية لي غيقدمها الفريق الطبي والغذائي ، أي على الأقل 5 و لا 6 وجبات صغيرة فاليوم (تقسيم المأكلة).



تدابير غذائية:



- تناول وجبات صغيرة وتقسيم كمية الطعام على طول النهار (5 وجبات على الأقل فاليوم).
- أخذ الوقت الكافي فالمأكلة والمضغ مزيان باش يسهل الهضم. لذلك ما نساوش التحقق من الحالة الجيدة للأسنان ديا لك عند طبيب الأسنان.
- تفضيل الأطعمة الغنية بالطاقة والبروتينات: كيساعد اتباع نظام غذائي سهل فالهضم وقليل فالألياف فالحد من متلازمة المعدة الصغيرة والأحاسيس المصاحبة ليها.
- الرجوع لتناول الأطعمة الحلوة ومنتجات الحليب غيكون تدريجيًا حسب التحمل.
- تفضيل شرب كميات صغيرة ديال المشروبات بين الوجبات وتجنب الشرب أثناء الأكل.
- قطع تناول المشروبات الكحولية و الغازية.
- يجب الجلوس بعد المأكلة، ماشي النعاس، لتسهيل الهضم ومنع ارتجاع الطعام.
- الرجوع تدريجيًا للحركة و الرياضة يوميًا (مثلا نصف ساعة فاليوم ديال المشي البطيء).
- غتسمح ليك الرعاية التغذوية و الصحية المناسبة بوضع نظام غذائي خاص بيك، حسب عواقب العملية ديا لك، من أجل الحفاظ على حالة غذائية صحيحة.

الخروج من المستشفى:

- نهار الخروج من المستشفى غادي يتم إعطاؤك:
- وصفة طبية فيها دوا دالحريق ودوا ضد تخثرالدم.
- وصفة طبية لفيتامين ب 12 ؛
- تحاليل بيولوجية لمراقبة الحالة الغذائية.
- غالبًا ما كتحبس الخدمة بسبب المرض فالأيام لي قبل و بعد العملية، حيث كتكون عيان و كتمنعك الآثار الجانبية ديال السرطان أو العلاجات من العمل. خلال فترات العلاج، غادي تقدر التوقف عن العمل لبضعة أسابيع أو بضعة أشهر باش ترتاح.

المراقبة :

- بعد مناقشة نتائج الجراحة، غادي يعطيك الطبيب مواعيد ديال المراقبة و التتبع ، الهدف منها هو اكتشاف الآثار الجانبية للعلاجات ، والبحث على رجوع السرطان فالمعدة أو الأعضاء الأخرى ، و كذلك ضمان جودة مزيانة لحياتك من خلال تنظيم رعاية و "مرافقة" إضافية.
- عادة كتكون المراقبة منتظمة خلال خمس سنوات بعد العملية، بواسطة الفحص ديك والسكاير. نقدر و نديرو اختبارات أخرى.
- إلا كان استئصال المعدة جزئي، غتكون مراقبة منتظمة للجزء المتبقي للمعدة بالمنظار.
- كتهدف المراقبة أيضًا إلى تقييم الحالة التغذوية ديك بعد استئصال المعدة والكشف على نقص الحديد والفيتامينات.
- إلا كانت العملية ديك تطلبات إزالة الطحال أيضًا ، من الضروري دير مجموعة ديال الجَلَبات ضد البكتيريا المختلفة ولي غتبقا ديرها كل عام بانتظام ، باش تساعد المناعة ديك.
- إلا كنتي درتي حصص د العلاج الكيميائي (شيميو) قبل الجراحة ، فغالبا ما كانزيدو حصص أخرى ديال شيميو و الأشعة لتكميل العلاج.

سيدي ، سيدتي ،

قام الفريق الطبي بإعطاءك هاد كتيب المعلومات عن جراحة سرطان المعدة باش تفهم كثر المرض ديك و العلاج الجراحي ليه. كنتمناو تلقى فيه الأجوبة على التساؤلات ديك. ما تترددش فالتواصل معنا للحصول على معلومات إضافية. فنحن دائما في خدمتكم.

الموافقة عن علم على إجراء عملية جراحية لسرطان المعدة

عزيزي المعالج، عزيزتي المعالجة،

لقد تم تحرير كتيّب المعلومات الذي استلمته من أجل إخبارك بشأن علاجك والآثار الجانبية الشائعة، علاوة على المضاعفات الأكثر شيوعاً أو خطورةً التي يمكن أن تحدث.

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

أشهد أنا الموقع أسفله، المزداد بتاريخ
أنه قد تم خلال استشارتي مع الدكتور.....، بتاريخ،
الاتفاق على ضرورة الاستشفاء بمصلحة الكائنة بمستشفى،
ابتداءً من تاريخ.....، حتى أخضع لعملية جراحية خاصة بسرطان المعدة.

لقد تلقّيت من الطبيب المعالج معلومات دقيقة عن حالتي الصحية، حيث شرح لي بعبارات بسيطة ومفهومة التطور المحتمل لحالتي الصحية إن لم يتم إجراء العملية الجراحية أو لم تُتخذ التدابير اللازمة. كما أطلعني على العلاجات البديلة الممكنة بمختلف مزاياها و سلبياتها.

وبين لي الطبيب المعالج بشكل واضح طبيعة وهدف ودرجة استعجال العملية الجراحية المُرتقبة، مع السلبيات التي قد تترتب عنها، فضلاً عن موانع الاستعمال والمخاطر والآثار الجانبية على المدى القصير

والأمد البعيد. كما أُخِزْتُ أيضاً بمُدَّة العملية الجراحية والعلاج، بالإضافة إلى العناية اللاحقة المحتملة. واستلَّمتُ أيضاً كتيب معلومات عن العملية الجراحية والعلاج المرتقب.

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

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

وأتاح لي الطبيب المعالج فرصة طرح الأسئلة، وقَدَّم لي الجواب الكافي والشافي. وفهمت جيداً أيضاً كافة أجوبته.

وأُصِرَّح بأنني قد أخبرتُ الطبيب المعالج بشكل صحيح وتأمَّ بحالتي الصحية الحالية وأُجبت عن أسئلته بصدق وأمانة.

وعليه، فإنني أوافق على القيام بأي عمل تشخيصي وعلاجي تستلزمه حالتي الصحية، علماً أن هذا المستند لا يُعفي الطاقم الطبي من مسؤولياته.

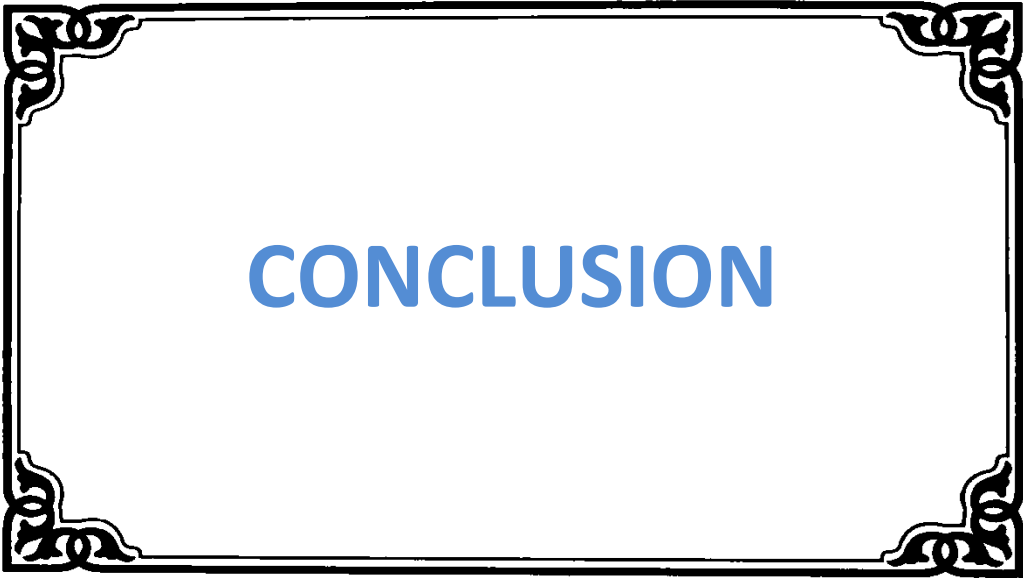
حُرِّرَ بـ.....، بتاريخ.....

اسم الشخص المعالج:.....

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

اسم الطبيب الذي قدَّم المعلومات :.....

توقيع الطبيب الذي قدم المعلومات :.....



CONCLUSION

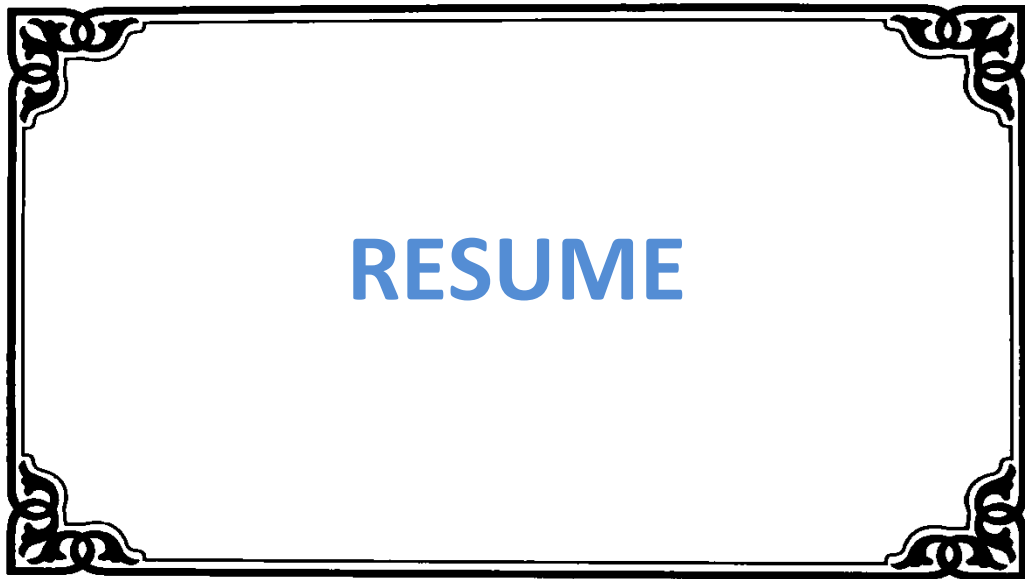
D'une médecine paternaliste, où le patient était considéré comme « un enfant à apprivoiser », basée sur le principe de bienfaisance par lequel le médecin décidait de ce qui était le mieux pour son patient, nous sommes passés aujourd'hui, à une médecine basée cette fois sur le principe de l'autonomie et du consentement libre et éclairé du patient.

Durant tout le processus de soins, les patients jouissent actuellement de droits, notamment le droit au consentement, qui dépendent de la délivrance d'une information médicale permettant au malade de prendre les décisions qui lui incombent pour mieux gérer son état de santé. De ce fait, l'information des patients sur leur maladie et les différents aspects de sa prise en charge est devenue une dimension essentielle de la qualité des soins servis, et particulièrement celle des personnes atteintes d'un cancer.

Face à des besoins d'information importants et hétérogènes sur les différents aspects de la prise en charge du cancer de l'estomac, les enjeux d'un document écrit d'information à destination des patients sont multiples : en tant que source d'information complémentaire de l'information orale du chirurgien, ils visent à répondre aux besoins d'information des patients et les aider à comprendre le but des soins, des examens ou des interventions prescrits, les différentes étapes des traitements, les risques inhérents à ces traitements, le suivi... ; et améliorer les échanges d'information médecin-patient dans une perspective de communication centrée sur le patient en s'appuyant sur une information écrite validée et accessible.

Bien qu'un formulaire écrit de consentement puisse satisfaire la composante légale, cela ne faudrait pas résumer le consentement éclairé à la simple signature du formulaire. Certes la signature constitue une part nécessaire au processus de consentement, mais la plus importante reste l'information qui doit y être jointe. Le consentement informé devient un processus de décision mutuel entre patient et chirurgien où tous deux ont une part active à jouer.

Afin de répondre à la question des besoins d'information des patients atteints de cancer de l'estomac, et à la qualité de cette information transmise, nous avons procédé à la réalisation d'un document écrit d'information et de consentement, résumant de façon simplifiée les différents aspects de la prise en charge chirurgicale du cancer de l'estomac, que nous avons ensuite traduit en langue arabe simple. Dont l'intention est de fournir au patient marocain une information loyale, claire et appropriée afin d'obtenir son consentement éclairé.



RESUME

Titre : Consentement éclairé dans la chirurgie du cancer de l'estomac.

Auteur : Samia BOUCHANA

Directeur de thèse : Pr. Abdelmounaim AIT ALI

Mots clés : consentement éclairé, cancer de l'estomac, fiche d'information.

Nous abordons dans ce travail la relation médecin-malade, qui a connu une évolution considérable passant au fil du temps d'un modèle paternaliste à un modèle plus respectueux des droits des individus. Il est désormais impératif pour le médecin de communiquer avec le patient afin d'obtenir son consentement libre et éclairé, avant de lui prodiguer les soins appropriés. Les informations devraient être transmises avec soin et précision, et être bien assimilées par le patient afin de lui permettre de faire des choix et de décider d'accepter ou non ce qui lui a été proposé.

Dans ce contexte, nous avons traité en particulier le consentement éclairé des patients atteints de cancer, étant un terrain propice à l'étude de cette question. Le médecin fournit toutes les données liées à la maladie, de la révélation du diagnostic de cancer à l'énumération des risques inhérents au schéma thérapeutique, permettant au patient d'être efficace dans sa lutte contre la maladie.

Ensuite, nous nous sommes concentrés sur le cancer de l'estomac comme exemple marquant, où la chirurgie constitue la pierre angulaire du traitement. Cependant, malgré les avancées technologiques, elle reste gravée d'un taux de complications et de séquelles fonctionnelles important, qu'il convient de signaler au patient au préalable.

A cet effet, notre contribution à travers ce travail vise à mettre à la disposition du malade sujet à une chirurgie du cancer de l'estomac un livret d'information qui s'adapte au contexte marocain, aidant à simplifier et intégrer des informations complexes en les rendant plus compréhensibles par le patient, accompagné d'une fiche de consentement éclairé sous forme imprimée, afin de l'impliquer et assurer sa participation au plan thérapeutique.

Abstract

Title : Informed consent in gastric cancer surgery.

Author : Samia BOUCHANA

Supervisor : P.Abdelmounaim AIT ALI

Keywords : informed consent, gastric cancer, information leaflets.

In this work, we approach the doctor-patient relationship, which has undergone considerable evolution, as it moves over time from a paternalistic model to a model more respectful of individuals' rights. It is now imperative for the doctor to communicate with the patient in order to obtain his free and informed consent, before providing appropriate care. Information should be conveyed with care and precision, and be well understood by the patient in order to allow him to make choices and decide whether accept or refuse what has been offered.

In this context, we have addressed in particular the informed consent of cancer patients, being a fertile ground for the study of this question. The doctor has to provide all the information related to the disease, from revealing the diagnosis of cancer to listing the risks inherent in the treatment regiment, allowing the patient to be effective in his fight against the disease.

Then we focused on stomach cancer as a prominent example, where surgery is the cornerstone of treatment. However, despite technological advances, it remains engraved with a high rate of complications and functional sequelae, which should be reported to the patient in advance.

To this end, our contribution through this work aims to provide an information booklet for patients subject to stomach cancer surgery, adapted to the moroccan context helping to simplify and integrate complex information by making it more understandable for the patient, accompanied by an informed consent form in order to involve him and ensure his participation in the therapeutic plan.

الملخص

العنوان: الموافقة المستنيرة في جراحة سرطان المعدة.

المؤلف : سامية بوشنة

الأستاذ المؤطر: الأستاذ عبد المنعم إيت علي

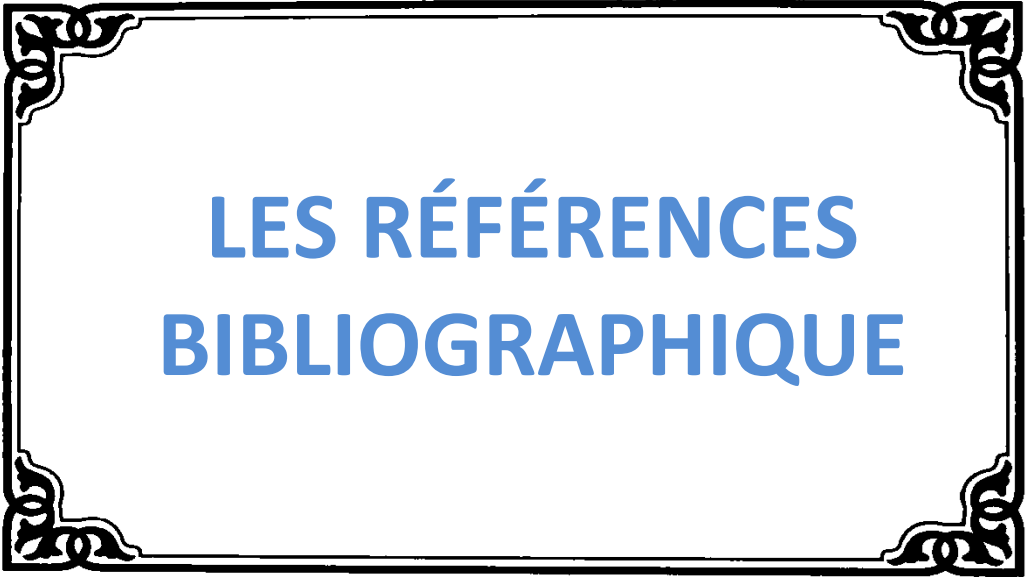
الكلمات المفتاحية: الموافقة المستنيرة، سرطان المعدة، استمارة المعلومات.

يروم هذا العمل إلى دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض التي شهدت تطورا كبيرا، حيث انتقلت بمرور الوقت من النموذج الأبوي إلى نموذج أكثر احترامًا لحقوق الأفراد. أصبح يتعين على الطبيب التواصل مع المريض من أجل الحصول على موافقته الحرة والمستنيرة، قبل تقديم الرعاية المناسبة له. يتلقى المريض بموجب هذا الإجراء المعلومات الكافية بعناية ودقة، والتي تسمح له بالاختيار من بين ما تم عرضه عليه وأخذ قرار القبول أو الرفض.

وفي هذا الإطار تطرقنا بصفة خاصة للموافقة المستنيرة بالنسبة لمرضى السرطان لكونها أكثر إلحاحا وأهمية. يقدم الطبيب جميع المعطيات المتعلقة بالحالة المرضية، بدءًا من الكشف عن تشخيص السرطان إلى سرد المخاطر الكامنة في طرق العلاج، مما يتيح للمريض أن يكون فاعلا في مكافحته للمرض.

وبعد ذلك ركزنا على سرطان المعدة كمثال بارز، حيث تشكل الجراحة حجر الزاوية في العلاج. إلا أنه بالرغم من التقدم التكنولوجي في هذا المجال، فهو لا يزال يواجه مخاطر ومضاعفات وظيفية، ينبغي إبلاغ المريض بها مسبقًا.

ولهذه الغاية، تهدف مساهمتنا من خلال هذا البحث، إلى توفير دليل معلومات للمرضى المقبلين على جراحة سرطان المعدة، مصحوبا بورقة الموافقة المستنيرة على شكل مطبوع يتكيف مع السياق المغربي وذلك من أجل دمج وتبسيط المعلومات المعقدة وجعلها مفهومة من طرف المريض من أجل إشراكه وضمان انخراطه في الخطة العلاجية.



LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. Richard L, Drake W, Vogl A, Mitchell W. GRAY'S Anatomie 2006 Elsevier Masson
- [2]. Frank H. Netter , MD Atlas d'anatomie humaine 5e édition Traduction de Pierre Kamina Planche 267
- [3]. A. Leguerrier, ABDOMEN. Nouvelle nomenclature. Heures de France, 1991.
- [4]. Netter Frank-H, M.D. Atlas d'anatomie humaine-2ème édition. Ed. Masson. 1997, 596 pages.
- [5]. Kamina , Anatomie Clinique, 3ème édition, Tome 3, Ed. Maloine
- [6]. Frank H. Netter , MD Atlas d'anatomie humaine 5e édition Traduction de Pierre Kamina Planche 283
- [7]. Brink N.S, Sharvelly Y, Howard M.R, et al. Detection of Epstein-Barr virus and Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus DNA in CSF from persons infected with HIV who had neurological disease J Neurol Neurosurg Psychiatry, 65(2)(1998), pp.191-195
- [8]. Foulon. T. Herpesviridae: Classification et structure en 1991 pub le 14 November 2002 Science Direct
- [9]. Junker AK, Thomas EE, Radcliffe A, Forsyth RB, Davidson AG, Rymo L. Epstein-Barr virus shedding in breast milk. 1991 Oct; 302(4):220-3
- [10]. Thorley-Lawson DA, Allday MJ. The curious case of the tumour virus: 50 years of Burkitt's lymphoma. Nat Rev Microbiol 2008; 6:913-24
- [11]. Epidemiology of Epstein—Barr Virus and Associated Diseases in Man [PubMed]

- [12]. Aparicio T, Yacoub M, Karila-Cohen P, Rene E. Adénocarcinome gastrique: notions fondamentales, diagnostic et traitement. EMC-Chirurgie 2004; 9-027-A-10 1.
- [13]. Fitzgerald RC, Caldas C.E- cadherin mutations and hereditary gastric cancer: prevention by resection? Dig Dis 2002; 20: 23-31.
- [14]. Nishimoto IN, Hamada GS, Kowalski L Pet al. Risk factors for stomach cancer in Brazil (I): a case-control study among non-Japanese Brazilians in Sao Paulo. Japanese journal of clinical oncology, 2002, vol. 32, no 8, p. 277-283.
- [15]. Ychou M, Gory-Delabaere G, Blanc P, Bosquet L, Duffour J, Giovannini M, Guillemin F, Lemanski C, Marchal F, Masson B, Merrouche Y, Monges G, Adenis A, Bosset JF, Bouché O, Conroy T, Pezet D, Triboulet JP. Recommandations pour la pratique clinique. Standards, Options et Recommandations 2004 pour la prise en charge des patients atteints d'adénocarcinomes de l'estomac, cancers du cardia, autres types histologiques exclus (évaluation des thérapeutiques). Bulletin du Cancer 2005, 92 (4) : 381-40
- [16]. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [en ligne]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.
- [17]. Persson C, Jia Y, Pettersson H, Dillner J, Nyre'n O, et al.(2011) H. pylori Seropositivity before Age 40 and Subsequent Risk of Stomach Cancer
- [18]. Noel E. Consensus sur Helicobacter pilori. XXVIe Congrès de l'ICIM (International Congress of Internal Medicine) Kyoto, Japon, 26-30 mai 2002. Rev Med Interne. 2003, 24 : 482-484.
- [19]. Mégraud F. Quand et comment s'infecte-t-on par Helicobacter pylori ? Gastroenterol Clin Biol 2003; 27: 374-9.

- [20]. Courillon-Mallet A. *Helicobacter pylori* et cancer gastrique : qui « prévenir »? *Gastroenterol Clin Biol* 2009 ; 33 (4) : 301-5.
- [21]. Chiba T et al. Mechanism for gastric cancer development by *Helicobacter pylori* infection. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2008; 23: 1175–1181
- [22]. Liu H, Ruskon-Fourmestiaux A, Lavergne-Slove A, Ye H, Molina T, Bouhnik Y et al. Resistance of t (11;18) positive gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma to *Helicobacter pylori* eradication therapy. *Lancet* 2001;357:39-40.
- [23]. Alpen B, Neubauer A, Dierlamm J, Marynen P, Thiede C, Bayerdorfer E et al. Translocation t (11;18) absent in early gastric marginal zone B-cell lymphoma of MALT type responding to eradication of *Helicobacter pylori* infection. *Blood* 2000;95:4014-5
- [24]. Liu H, Ye H, Dogan A, Ranaldi R, Hamoudi RA, Bearzi I et al. T(11;18)(q21;q21) is associated with advanced mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma that expresses nuclear BCL10. *Blood* 2001;98:1182-7.
- [25]. Sobhani I. *Helicobacter pylori* et cancer gastrique. *M/S* 2004 ; 20 (4) : 431-436 -
- [26]. Nassem M, Barzi A, Brezden-Masley C et al. Outlooks on Epstein-Barr Virus Associated Gastric Cancer. *Cancer treatment reviews*, 2018.
- [27]. Le syndrome de Lynch est une affection génétique, appelée aussi syndrome HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou Cancer colorectal héréditaire sans polypose). L'anomalie touche les gènes qui contrôlent la réparation des erreurs de réplication de l'ADN. Les cancers appartenant à ce syndrome sont essentiellement le cancer colorectal, de l'endomètre, de l'intestin grêle et des voies urinaires supérieures.

- [28]. Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique. Cancer gastrique diffus héréditaire(CGDH). Collection « Recommandations et Référentiels » – INCa – Août 2009.
- [29]. Ting K, Harry HX, Benjamin CY. Helicobacter pylori eradication for gastric cancer prevention. J Gastroenterol 2007; 42: 10–15.
- [30]. Palli D, Russo A, Decarli A. Dietary patterns, nutrient intake and gastric cancer in a high-risk area of Italy. Cancer Causes Control 2001 ; 12: 163-172.
- [31]. Liu C, Russell RM. Nutrition and gastric cancer risk: an update. Nutr Rev. 2008 May; 66(5): 237-49.
- [32]. Larsson SC, Bergkvist L, Wolk A. Fruit and vegetable consumption and incidence of gastric cancer: a prospective study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006; 15(10): 1998-2001.
- [33]. Krejs GJ. Gastric cancer: epidemiology and risk factors. Dig Dis. 2010;28(4-5):600-3.
- [34]. Guggenheim DE, Shah MA. Gastric cancer epidemiology and risk factors. J Surg Oncol. mars 2013;107(3):230-6.
- [35]. Tramacere I, Negri E, Pelucchi C, Bagnardi V, Rota M, Scotti L, et al. A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. Ann Oncol. janv 2012;23(1):28-36.
- [36]. Whiting JL, Sigurdsson A, Rowlands DC, Hallissey MT, Fielding JW. The long-term results of endoscopic surveillance of premalignant gastric lesions. Gut 2002; 50: 378-381
- [37]. Laine L, Ahnen D, McClain C, Solcia E, Walsh JH. Review article: potential gastrointestinal effects of long-term acid suppression with proton pump inhibitors. Aliment Pharmacol Ther 2000; 14: 651-668

- [38]. Blaser MJ, Chyou PH, Nomura A. Age at establishment of *Helicobacter pylori* infection and gastric carcinoma, gastric ulcer, and duodenal ulcer risk. *Cancer Res* 1995; 55: 562-565
- [39]. Roseau G, Leport J, Cerf M. Malignant degeneration of Menetrier disease. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1987; 23: 247-249
- [40]. Orlowska J, Jarosz D, Pachlewski J, Butruk E. Malignant transformation of benign epithelial gastric polyps. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 2152-2159
- [41]. Molloy RM, Sonnenberg A. Relation between gastric cancer and previous peptic ulcer disease. *Gut* 1997; 40: 247-252
- [42]. Tersmette AC, Offerhaus GJ, Tersmette KW, Giardiello FM, Moore GW, Tytgat GN et al. Meta-analysis of the risk of gastric stump cancer: detection of high risk patient subsets for stomach cancer after remote partial gastrectomy for benign conditions. *Cancer Res* 1990; 50: 6486-6489
- [43]. Nishimoto IN et al. Risk Factors for Stomach Cancer in Brazil: a Case-control Study among Non-Japanese Brazilians in Sao Paulo. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2002; 32: 277-283
- [44]. Dumont F, Thibaudeau E. Gastrectomie pour cancer. 16 déc 2017;13(1):1-23 [Article 40-330-B].
- [45]. Munoz N, Connelly R. Time trends of intestinal and diffuse types of gastric cancer in the United States. *Int J Cancer* 1971; 8: 158-164
- [46]. Saraga EP, Gardiol D, Costa J. Gastric dysplasia. A histological follow-up study. *Am J Surg Pathol* 1987; 11: 788-796

- [47]. Viani.F, Michetti.PCancer de l'estomac Rev Med Suisse 2003; volume -1. 22736[PubMed]
- [48]. Vogel WH. Diagnostic evaluation, classification and staging. Yarbro CH, Wujcki D, Holmes Gobel B, (eds.). (2016).Cancer Nursing: Principles and Practice. (8th Édition). Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning. 7: 169-203
- [49]. Sobin L, York CW-IN, 2002 undefined. Intenational Union Against Cancer (UICC). TNM Classification of Malignant Tumors 6th edn John Wiley & Sons.
- [50]. JF, Mourra N et Fléjou. Cancer de l'estomac : anatomie pathologique . Encycl Méd chir (Elsevier SAS, Paris) ;Gastro-entérologie, 9-027-A-05,. 2001. p. 9p.
- [51]. Ducreux M, Boige V, Taieb J, Mitry E, Rougier P. La linite : une forme particulière de cancer gastrique. Hépatogastro 2000 ; 7 (4) : 263-7.
- [52]. Liu MX, Wen XY, Leung YK, Zheng YJ, Jin MS, Jin QL, et al. Hemolytic anemia in alcoholic liver disease: Zieve syndrome. Vol. 96, Medicine (United States). Lippincott Williams and Wilkins; 2017.
- [53]. Sack GH, Levin J, Bell WR. Trousseau's syndrome and other manifestations of chronic disseminated coagulopathy in patients with neoplasms: Clinical, pathophysiologic, and therapeutic features*. Med (United States). 1977;56(1):1–37.
- [54]. Wakashin M, Wakashin Y, Iesato K, Ueda S, Mori Y, Tsuchida H, et al. Association of gastric cancer and nephrotic syndrome. An immunologic study in three patients. Gastroenterology. 1980;78(4):749–56.
- [55]. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G, Winchester D, Osteen R. Cancer of the stomach: A patient care study by the American College of Surgeons. Ann Surg. 1993;218(5):583–92.

- [56].** Dekker W, Tytgat GN. Diagnostic accuracy of fiberendoscopy in the detection of upper intestinal malignancy. A follow-up analysis. *Gastroenterology* 1977; 73: 710-714
- [57].** Zeitoun J D ,Chrysostalis.A,Lefevre J.HEPATOLOGIE GASTROLOGIE ENTEROLOGIE CHIRURGIE VISCERALE 6 eme EDITION JUILLET 2017[PubMed]
- [58].** Le compte-rendu anatomopathologique comprend les données minimales définies par l'INCa en collaboration avec la Société française de pathologie. (« Données minimales à renseigner pour une tumeur primitive – Institut national du cancer » – Décembre 2009.
- [59].** Guide ALD médecin HAS-INCa. N°30 Cancer de l'estomac – INCa – Septembre 2011.
- [60].** KweeRM, Kwee TC. Imaging in local staging of gastric cancer: a systematic review. *J Clin Oncol*. 20 mai 2007; 25(15):2107-16.
- [61].** Zeitoun J D, Chrysostalis.A ,Lefevre J .HEPATOLOGIE GASTROLOGIE ENTEROLOGIE CHIRURGIE VISCERALE 6 eme EDITION JUILLET 2017
- [62].** Atay-Rosenthal S, Wahl RL, Fishman EK. PET/CT findings in gastric cancer: potential advantages and current limitations. *Imaging in Medicine*. 2 avr 2012;4(2):241-50.
- [63].** Findlay JM, Antonowicz S, Segaran A, el Kafsi J, Zhang A, Bradley KM, et al. Routinely staging gastric cancer with 18F-FDG PET-CT detects additional metastases and predicts early recurrence and death after surgery. *Eur Radiol*. 2019;29(5):2490-8.
- [64].** Zaanen A, Bouché O, Benhaim L, Buecher B, Chapelle N, Dubreuil O. Gastric cancer: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). *Dig Liver Dis*. août 2018;50(8):768-79.

- [65]. Federation Francophone de Cancerologie Digestive. Thesaurus de cancerologie digestive francophone, version 2007.
- [66]. Jamel S, Markar SR, Malietzis G, Acharya A, Athanasiou T, Hanna GB. Prognostic significance of peritoneal lavage cytology in staging gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Gastric cancer* 2017
- [67]. Burk EC, Karpeh MS, Conlon KC, Brennan MF. Laparoscopy in the management of gastric adenocarcinoma. *Ann Surg* 1997;225:262-7
- [68]. Stell DA, Carter CR, Stewart I, Andersson JR. Prospective comparison of laparoscopy-ultrasonography and computed tomography in the staging of gastric cancer. *Br J Surg* 1996;83:1260-2
- [69]. Bajetta E, Buzzoni R, Mariani L, Beretta E, Bozzetti F et al. Adjuvant chemotherapy in gastric cancer: 5-year results of a randomised study by the Italian Trials in Medical Oncology (ITMO) Group. *Annals of oncology* 2002, 13(2):299-307
- [70]. Bouche O, Ychou M, Burtin P, Bedenne L, Ducreux M et al. Adjuvant chemotherapy with 5-fluorouracil and cisplatin compared with surgery alone for gastric cancer: 7-year results of the FFCD randomized phase III trial (8801). *Annals of Oncology* 2005, 16(9):1488-1497.
- [71]. M0462020, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, 2020
- [72]. Aube C, Ridereau-Zin C, Veroquet, Pessaux P. Imagerie en coupe de l'estomac et du duodenum. *J radiol* 2004; 85: 503-514
- [73]. Son T, Hyung WJ. Laparoscopic gastric cancer surgery: Current evidence and future perspectives. *World J Gastroenterol.* 14 janv 2016;22(2):727-35.
- [74]. Pavlidis TE, Pavlidis ET, Sakantamis AK. The role of laparoscopic surgery in gastric cancer. *J Minim Access Surg.* 2012;8(2):35-8.

- [75]. Etoh T, Shiraishi N, Kitano S. Laparoscopic gastrectomy for cancer. *Dig Dis.* 2005;23(2):113-8.
- [76]. Jiang L, Yang KH, Chen Y. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and safety of extended lymphadenectomy in patients with resectable gastric cancer. *Br J Surg* 2014;101:595–604.
- [77]. Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, Sasako M, van de Velde CJ. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomized nationwide Dutch D1D2 trial. *Lancet Oncol* 2010;11:439–49.
- [78]. Martin 2nd RC, Jaques DP, Brennan MF, Karpeh M. Extended local resection for advanced gastric cancer: increased survival versus increased morbidity. *Ann Surg* 2002;236:159–65.
- [79]. Gouzi JL, Huguier M, Fagniez PL, Launois B, Flamant Y, Lacaine F et al. Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. A French prospective controlled study. *Ann Surg* 1989; 209: 162-166
- [80]. Nicolade' Angelis, MD, PhD, «Chirurgie dans le cancer de l'estomac Pour qui ? Quand ? Quels gestes à visée carcinologique?» 2016.
- [81]. Ménard J-P. Le consentement aux soins. Dans: *Le Code civil du Québec et les aspects du fonctionnement de l'établissement dans ses relations avec les usagers.* Montréal, avril 1994. p. 9–77.
- [82]. Lesage-Jarjoura P, Lessard J, Philips-Nootens S. La mise en œuvre de l'obligation médicale: Chapitre I – L'obligation de renseigner et d'obtenir le consentement. Dans: *Éléments de responsabilité médicale : Le droit dans le quotidien de la médecine.* Cowansville, QC: Éditions Yvons Blais Inc., 1995. p. 109–98.
- [83]. Baudouin J-P, Deslauriers P. Quelques régimes de responsabilité de type professionnel: Chapitre II – La responsabilité du médecin, du dentiste et de l'établissement hospitalier.

Dans: La responsabilité civile. 5^e édition. Cowansville, QC: Éditions Yvon Blais Inc., 1998. p. 843–96.

- [84]. Kouri R, Philips-Nootens S. Le consentement aux soins: Chapitre I – Le consentement en droit québécois actuel, les qualités requises. Dans : Le corps humain, l'inviolabilité de la personne et le consentement aux soins; le regard du législateur et des tribunaux civils. Sherbrooke: Éditions Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke, 1999. p. 213–379.
- [85]. Mayrand A. L'inviolabilité de la personne humaine, Montréal: Wilson & Lafleur, 1975.
- [86]. Le consentement aux soins, Collège des médecins du Québec, mars 1996.
- [87]. M GODARD, P GODARD L'Internet et la médecine, Masson 1996.
- [88]. R. KOHLER, C. GRAPIN-DAGORNO, J. FOURNET-FAYARD Aspects médico-légaux en orthopédie traumatologie pédiatrique.
- [89]. Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada ACPM. Association canadienne de protection médicale. Quatrième édition : Mai 2006 / Révisé : Avril 2021
- [90]. Mutter D et Marescaux J. Gastrectomies pour Cancer : Principes Généraux, Anatomie Vasculaire, Anatomie Lymphatique, Curages. Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales -Appareil Digestif, 40-330-A, 2001, 8p.
- [91]. Mutter D et Marescaux J. Gastrectomies pour Cancer : Principes Généraux, Anatomie Vasculaire, Anatomie Lymphatique, Curages. Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales -Appareil Digestif, 40-330-A, 2001, 8p.
- [92]. Zong L, Chen P. Billroth I vs. Billroth II vs. Roux-en-Y following distal gastrectomy: a meta-analysis based on 15 studies. 2011 Jul-Aug;58(109):1413-24. doi: 10.5754/hge10567

- [93]. Aparicio T, Yacoub M, Karila-Cohen P, Rene E. Adénocarcinome gastrique: notions fondamentales, diagnostic et traitement. EMC-Chirurgie 2004; 9-027-A-10 1.
- [94]. Escalona A, Guzmán S, Ibáñez L, Meneses L, Huete A, Solar A. Gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass. 2005 Mar;15 (3):423-7
- [95]. VOLPE CM, DRISCOLL DL, DOUGLASS HO JR. Outcome of patients with proximal gastric cancer depends on extent of resection and number of resected lymph nodes. Ann Surg Oncol 2000;7: 139-144
- [96]. D. MUTTER, J. MARESCAUX Gastrectomies pour cancer: principes généraux, anatomie vasculaire, anatomie lymphatique, curages. Encycl Méd Chir, techniques chirurgicales –appareil digestif, 40-330-A, 2001, 8p.
- [97]. Philippe Lasser, «Curages ganglionnaires dans le cancer de l'estomac», 2017.
- [98]. SASAGAWA T, SOLANO H, VEGA W, MENA F. The effectiveness of extended lymph node dissection for gastric cancer performed in Costa Rica under the supervision of a Japanese surgeon: a comparison with surgical results in Japan. Am J Surg. 2008 Jan;195(1):53-60.
- [99]. KODERAY, YAMAMURAY, SHIMIZUY, TORIIA, HIRAIT, YASUIK ET AL. The number of metastatic lymph nodes : a promising prognostic determinant for gastric carcinoma in the latest edition of the TNM classification. J Am Coll Surg 1998 ; 187 : 597-603
- [100]. MARCHETA, MOCELLIN S, AMBROSI A, MORGAGNI P, GARCEA D, MARRELLI D, ROVIELLO F, DE MANZONI G, MINICOZZI A, NATALINI G, DE SANTIS F, BAIOCCHI L, CONIGLIO A, NITTI D. The ratio between metastatic and examined lymph nodes (N ratio) is an independent prognostic factor in gastric cancer regardless of the type of lymphadenectomy: results from an Italian multicentric study in 1853 patients. Ann Surg. 2007 Apr;245(4):543-52.

- [101]. SAITO H, FUKUMOTO Y, OSAKI T, FUKUDA K, TATEBE S, TSUJITANI S, IKEGUCHI M. Prognostic significance of level and number of lymph node metastases in patients with gastric cancer. *Ann Surg Oncol*. 2007 May;14(5):1688-93.
- [102]. Verlato G, Giacomuzzi S, Bencivenga M, Morgagni P, De Manzoni G. Problems faced by evidence-based medicine in evaluating lymphadenectomy for gastric cancer. Vol. 20, *World Journal of Gastroenterology*. WJG Press; 2014. p. 12883–91.
- [103]. Bollschweiler E, Boettcher K, Hoelscher AH, Siewert JR, Sasako M, Kinoshita T, et al. Is the prognosis for Japanese and German patients with gastric cancer really different? *Cancer* [Internet]. 1993 May 15 [cited 2020 Feb 18];71(10):2918–25.
- [104]. Harrisson JD, Fielding GWL. Prognostic factors for cancer influencing clinical practice. *World J Surg* 1995;19:496-500.
- [105]. Thompson GB, Van Heerden JA, Sarr MG. Adenocarcinoma of the stomach: are we making progress? *Lancet* 1993;342(8873):713-8.
- [106]. Weeb A, Cunningham D, Scarffe JH, Harper P, Norman A, Joffe JK et al. Randomized trial comparing epirubicin, cisplatin and fluorouracil versus fluorouracil, doxorubicin and methotrexate in advanced esophagogastric cancer. *J Clin Onc* 1997;15:261-7.
- [107]. Baba H, Marchara Y, Inutsuka S. Effectiveness of extended lymphadenectomy in non curative gastrectomy. *Am J Surg* 1995;169:261-4.
- [108]. Cuschieri A, Fayers P, Fielding J, Craven J, Bancewicz J, Joypaul V et al. Post operative morbidity and mortality after D1 and D2 resections for gastric cancer: preliminary results of MRC randomized controlled surgical trial. *Lancet* 1996;347:995-9.
- [109]. Chanel S. Place du ganglion sentinelle. 106ème Congrès français de chirurgie. Paris, octobre 2004:7-9.

- [110]. Mariette C, Bruyère E, Messenger M, Pichot-Delahaye V, Paye F, Dumont F, et al. Palliative resection for advanced gastric and junctional adenocarcinoma: which patients will benefit from surgery? *Ann Surg Oncol.* avr 2013;20(4):1240-9.
- [111]. Coburn N, Cosby R, Klein L, Knight G, Malthaner R, Mamazza J, et al. Staging and surgical approaches in gastric cancer: a clinical practice guideline. *Curr Oncol.* oct 2017;24(5):324-31.
- [112]. Noda M, Kodama T, Astumi M, Nakajima M, Sawai N, Kashima K et al. Possibilities and limitations of endoscopic resection for early gastric cancer. *Endoscopy* 1997;29(5):361-5.
- [113]. Dormann A, Meisner S, Verin N, Wenk Lang A. Self-expanding metal stents for gastroduodenal malignancies: systematic review of their clinical effectiveness. *Endoscopy.* 2004;36(6):543-50.
- [114]. Bijan Ghavami. LA CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE: POSSIBILITES ACTUELLES. *Revue médicale de la suisse romande*, 113, 599-602, 1993
- [115]. SIANI LM, FERRANTI F, DE CARLO A, QUINTILIANI A. : Completely laparoscopic versus open total gastrectomy in stage I-III/C gastric cancer: safety, efficacy and five-year oncologic outcomes. : *Minerva Chir.* 2012 Aug;67(4):319-26.
- [116]. Wang W et al. Case-matched comparison of laparoscopy-assisted and open distal gastrectomy for gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2013;19:3672-7.
- [117]. Xiong JJ, Nunes QM, Huang W, Tan CL, Ke NW et al. Laparoscopic vs open total gastrectomy for gastric cancer: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2013;19:8114-32
- [118]. Oh SY, Kwon S, Lee KG, Suh YS, Choe HN et al. Outcomes of minimally invasive surgery for early gastric cancer are comparable with those for open surgery:

- analysis of 1,013 minimally invasive surgeries at a single institution. *Surg Endosc.* 2014;28:789-95.
- [119]. Wei HB, Wei B, Qi CL, Chen TF, Huang Y et al. Laparoscopic versus open gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer: a meta-analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2011;21:383-90.
- [120]. Bijan Ghavami, «La gastrectomie totale cœlioscopique pour cancer avec lymphadenectomie D2 est-elle faisable ?», 2014
- [121]. Quan Y, Huang A, Ye M, Xu M, Zhuang B, Zhang P, et al. Comparison of laparoscopic versus open gastrectomy for advanced gastric cancer: an updated meta-analysis. *Gastric Cancer.* juill 2016;19(3):939-50.
- [122]. Lee JH, Nam B-H, Ryu KW, Ryu SY, Park YK, Kim S, et al. Comparison of outcomes after laparoscopy-assisted and open total gastrectomy for early gastric cancer. *Br J Surg.* nov 2015;102(12):1500-5.
- [123]. Kim W, Kim H-H, HanS-U, Kim M-C, Hyung WJ, Ryu SW, et al. Decreased Morbidity of Laparoscopic Distal Gastrectomy Compared With Open Distal Gastrectomy for Stage I Gastric Cancer: Short-term Outcomes From a Multicenter Randomized Controlled Trial (KLASS-01). *Ann Surg.* janv 2016;263(1):28-35.
- [124]. Kim H-H, Han S-U, Kim M-C, Kim W, Lee H-J, Ryu SW, et al. Effect of Laparoscopic Distal Gastrectomy vs Open Distal Gastrectomy on Long-term Survival Among Patients With Stage I Gastric Cancer: The KLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 1 avr 2019;5(4):506-13.
- [125]. Tanabe S, Koizumi W, Mitomi H, Nakai H, Murakami S, Nagaba S, et Al. Clinical outcome of endoscopic aspiration mucosectomy for early stage gastric cancer. *GastrointestEndosc* 2002; 56:708-13.

- [126]. Namieno T, Koito K, Higashi T, Sato N, Uchino JI. General pattern of lymph node metastasis in early gastric carcinoma. *World J Surg* 1996;20(8):996-1000.
- [127]. Sagawa T, Takayama T, Oku T, Hayashi T, Ota H, Okamoto T, et al. Argon plasma coagulation for successful treatment of early gastric cancer with intramucosal invasion. *Gut* 2003;52:334–339.
- [128]. Akhtar K, Byrne JP, Bancewicz J, Attwood SE. Argon beam plasma coagulation in the management of cancers of the esophagus and stomach. *SurgEndosc* 2000;14:1127–1130.
- [129]. Thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD). Cancer de l'estomac [En ligne], 23/09/2011.
- [130]. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van de Velde CJ, Nicolson M, Scarffe JH, Lofts FJ, Falk SJ, Iveson TJ, Smith DB, Langley RE, Verma M, Weeden S, Chua YJ. Perioperative Chemotherapy versus Surgery Alone for Resectable Gastroesophageal Cancer. *N Engl J Med* 2006; 355 (1): 11-20.
- [131]. Boige V, Pignon J, Saint-Aubert B, Lasser P, Conroy T, Bouché O, Segol P, Bedenne L, Rougier P, Ychou M. Final results of a randomized trial comparing preoperative 5-fluorouracil (F)/cisplatin (P) to surgery alone in adenocarcinoma of stomach and lower esophagus (ASLE): FNLCC ACCORD07-FFCD 9703 trial. *J Clin Oncol* 2007; 25 (18S): 4510.
- [132]. Michel P. Cancer de l'estomac. Le point thérapeutique en 2008. *Cancer/Radiothérapie* 2008; 12 (6-7): 649–652.
- [133]. Biondi A, Persiani R, Cananzi F, Zoccali M, Vigorita V, Tufo A, D'Ugo D. R0 resection in the treatment of gastric cancer: room for improvement. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (27): 3358-70.

- [134]. HJ Meyer AH Hölscher F Lordick Current S3 guidelines on surgical treatment of gastric carcinoma. *Chirurg* 2012 (83) [Medline]
- [135]. EC Smyth M Verheij W Allum Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016 (27) [Medline]
- [136]. Glehen O, Cotte E, Brigand C, Arvieux C, Sayag-Beaujard AC, Gilly FN. Nouveautés thérapeutiques dans la prise en charge des carcinomes péritonéaux d'origine digestive : chirurgie de cytoréduction et chimiothérapie intrapéritonéale. *La revue de médecine interne* 2006; 27: 382–391.
- [137]. Caudry M, Ratoanina JL, Escarmant P, Maire JP. Les volumes-cibles de la radiothérapie des adénocarcinomes gastriques. *Cancer Radiother* 2001; 5 (5): 523-33.
- [138]. Ychou M, Gory-Delabaere G, Blanc P, Bosquet L, Duffour J, Giovannini M, Guillemain F, Lemanski C, Marchal F, Masson B, Merrouche Y, Monges G, Adenis A, Bosset JF, Bouché O, Conroy T, Pezet D, Triboulet JP. Recommandations pour la pratique clinique. Standards, Options et Recommandations 2004 pour la prise en charge des patients atteints d'adénocarcinomes de l'estomac, cancers du cardia, autres types histologiques exclus (évaluation des thérapeutiques). *Bulletin du Cancer* 2005, 92 (4): 381-409
- [139]. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, Hundahl SA, Estes NC, Stemmermann GN, Haller DG, Ajani JA, Gunderson LL, Jessup JM, Martenson JA. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med* 2001; 345: 725-33.
- [140]. Mutter D, Jacques M. Techniques chirurgicales - Appareil digestif - Présentation – EM consulte [Internet]. 2002 [cited 2020 Feb 18].
- [141]. Draşovean R. POST-GASTRECTOMY SYNDROMES. Vol. 2, ACTA MEDICA. 2012.

- [142]. Kyzer S, Binyamini Y, Melki Y, Ohana G, Koren R, Chaimoff C, et al. Comparative study of the early postoperative course and complications in patients undergoing Billroth I and Billroth II gastrectomy. *World J Surg*. 1997;21(7):763–767.
- [143]. Nakayoshi T, Tajiri H, Matsuda K. Magnifying endoscopy combined with narrow band imaging system for early gastric cancer: correlation of vascular pattern with histopathology (including video). *Endoscopy* 2004;36:1080–4.
- [144]. Mocellin S1, Pasquali S. Diagnostic accuracy of endoscopic ultrasonography (EUS) for the preoperative locoregional staging of primary gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(2):CD009944.
- [145]. MAURIZIO DEGUILI, MITSURU SASAKO, ANTONIO PARZETTO. Extended lymph node dissection for gastric cancer: results for a prospective multicenter analysis of morbidity and mortality in 118 consecutive cases *European journal of surgery oncology*. 1997, 23: 310-314
- [146]. Hansson LE, Ekström AM, Bergström R, Nyrén O. Surgery for stomach cancer in a defined Swedish population: current practices and operative results. *Swedish Gastric Cancer Study Group. Eur J Surg* 2000;166:787–95.
- [147]. Pasquer A, Renaud F, Hec F, Gandon A, Vanderbeken M, Drubay V, et al. Is centralization needed for esophageal and gastric cancer patients with low operative risk? A nationwide study. *Ann Surg* 2016;264:823–30.
- [148]. Dann GC, Squires 3rd MH, Postlewait LM, Kooby DA, Poultides GA, Weber SM, et al. Value of peritoneal drain placement after total gastrectomy for gastric adenocarcinoma: a multi-institutional analysis from the US gastric cancer collaborative. *Ann Surg Oncol* 2015;22(Suppl.3):S888–97.
- [149]. Degiuli M, Sasako M, Calgaro M, Garino M, Rebecchi F, Mineccia M, et al. Morbidity and mortality after D1 and D2 gastrectomy for cancer : interim analysis of the

- Italian Gastric Cancer StudyGroup (IGCSG) randomised surgical trial. Eur J Surg Oncol 2004;30:303–8.
- [150]. Esperence P. Les infections postopératoires en pathologie chirurgicale sous la direction du Pr Sicard. Paris, Masson;1978.
- [151]. Pr ERIC PICHARD. Polycopie de maladies infectieuses 5^{ème} année Médecine.
- [152]. Le Roy O., Chidiac C., Mouton. Les infections nosocomiales. Paris France; 1989.
- [153]. Rapin M, LE GALL J. Les septicémies de surinfection en réanimation. Leur prévention par la restriction de l'antibiothérapie. 1975;
- [154]. D.MUTTER, MARE SCAUXEffets secondaires des gastrectomies Item 290. Module 14. fac de Med.ULP Strasbourg/2002
- [155]. K.YASUDA, N.SHIRAISHI, Y. ADACHI, M.INOMATA Risk factors for complications following resection of large gastric cancer British journal of surgery.2001, 88: 873-877.
- [156]. N. Briez, C. MarietteService de chirurgie digestive et générale, hôpital Claude-Huriez, CHRU – LilleJournal de Chirurgie Viscérale 2008, Vol 145, (2) ,pp. 147-152
- [157]. Mineur L, Lacaine F, Ychou M, Bosset JF, Daban A.Chimioradiothérapie dans le traitement adjuvant des adénocarcinomes gastriques : réelle avancée ? Cancer / Radiothérapie 2002; 6 (S1):13-23.
- [158]. O.Goto, M.Fujishiro, N.Kakushima,, S.Kodashima,S.Ono,H.Yamaguchi et alEndoscopic submucosal dissection as a staging measure may not lead to worse prognosis in early gastric cancer patients with additional gastrectomyDigestive and Liver Disease (2008) ,vol: 40(4), pp.293-297

- [159]. Gatta G, Mallone S, van der Zwan JM, Trama A, Siesling S, Capocaccia R, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: Results of EURO CARE-5 - A population-based study. *Lancet Oncol*. 2014 Jan 1;15(1):23–34.
- [160]. Jean-David ZEITOUN , Ariane CHRYSSOSTALIS JL. KB / iKB Hépatologie - Gastro-Entérologie - Chirurgie Digestive [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 18].
- [161]. Schuhmacher CP, Fink U, Becker K, Busch R, Dittler H-J, Mueller J, et al. Neoadjuvant therapy for patients with locally advanced gastric carcinoma with etoposide, doxorubicin, and cisplatin. *Cancer* [Internet]. 2001 Mar 1 [cited 2020 Feb 18];91(5):918–27.
- [162]. Msika S, Benhamiche AM, Jouve JL, Rat P, Faivre J. Prognostic factors after curative resection for gastric cancer. A population-based study. *Eur J Cancer*. 2000 Feb 1;36(3):390–6.
- [163]. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G, Winchester D, Osteen R. Cancer of the stomach: A patient care study by the American College of Surgeons. *Ann Surg*. 1993;218(5):583–92.
- [164]. Siewert JR, Böttcher K, Stein HJ, Roder JD. Relevant prognostic factors in gastric cancer: Ten-year results of the German Gastric Cancer Study. In: *Annals of Surgery*. Lippincott, Williams, and Wilkins; 1998. p. 449–61.
- [165]. Abe N, Watanabe T, Toda H, Machida H, Suzuki K, Masaki T, et al. Prognostic significance of carcinoembryonic antigen levels in peritoneal washes in patients with gastric cancer. *Am J Surg*. 2001 Apr 1;181(4):356–61.
- [166]. *Rev Odont Stomat* 2007; 36:125-130
- [167]. Tiphaine Godfroid. Le patient acteur dans la prise en charge du cancer: attentes normatives et travail du malade. *Sociologie*. Université Grenoble Alpes, 2017.

- [168]. MOUTEL G. Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine. Entre idéalisme et réalités cliniques. Ed: L'Harmattan Paris, 2003
- [169]. ABADIE P., BARRE S., BUBIEN Y. Droits du patient. Information et consentement. Objectifs en management hospitalier. Ed: Masson Paris, 2004
- [170]. CORNU D. Ethique de l'information. Ed: PUF Paris, 1997
- [171]. Evin C, Charles B, Denis J-J. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Rapport n° 3688. Les documents de l'Assemblée nationale
- [172]. Evin C. Contrat entre le médecin et le malade dans. Petit dictionnaire des droits des malades. Paris : Seuil, 2003 : 74
- [173]. Comment les usagers accèdent à l'information médicale aux Etats-Unis : l'exemple de Medlineplus Laboratoire SPIEAO, faculté de médecine, avenue de la Forêt-de-Haye, BP 184,.54500 Vandœuvre-Nancy, France
- [174]. Boyer L, Debensason D, Antoniotti S, Giusiano B, Auquier P, Manuel C. Information du malade. L'apport de la loi du 4 mars 2002. Press Med. 2003 ; 32 : 1541-4.
- [175]. M0872010, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, 2010
- [176]. Larousse \Encyclopédie en ligne
- [177]. J.-L. Baudouin et P. Deslauriers, supra note 524 à la p. 1019 : « Ce consentement doit être libre et éclairé. Pour ce faire le patient doit être en pleine possession de ses moyens et capable de poser des questions » ; R.P.Kouri et S. Philips-Nootens, supra note 33 à la p. 340 ; P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, supra note 30 à la p. 154.
- [178]. Marlène Cadorette, 2006

- [179]. Presse Med 2013;42:6—12 ; DOI del'article original :<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.018>
- [180]. G.Moutel/ Gynecologie Obstetrique & Fertilité 40(2012)698–700
- [181]. BUREAU Ève, HERMANN-MESFEN Judith. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Anthropologie et Santé, 8, 2014, [En ligne], p. 3.
- [182]. BUREAU Ève, HERMANN-MESFEN Judith. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Anthropologie et Santé, 8, 2014, [En ligne], p. 7.
- [183]. [183] = BASZANGER Isabelle. “Une autonomie incertaine : les malades et le système de soins” in HIRSCH Emmanuel (dir.), Traité de bioéthique II, Toulouse, Erès, 2010, p. 190.
- [184]. Louis Portes, en 1949 : On peut assimiler le patient à un mineur et le médecin à un père ou un tuteur .
- [185]. Nadine poulet. Information du patient et consentement éclairé en matière médicale. Trahs 2018.N4[89] C. Rougé-Maillart a, C. Manaouil b. Patient information and consent, Item No. 7. La revue de médecine légale (2017) 8, 175—179
- [186]. DOUCHEZ B. Les règles légales et déontologiques. Section 3 l'acte médical et les droits des malades. COLL. Droit médecine n°3. C. Neirinck
- [187]. Rougé-Maillart, C., & Manaouil, C. (2017). Information et consentement du patient, Item n o 7. La Revue de Médecine Légale, 8(4), 175-179.
- [188]. Legifrance.gouv.fr. Code de santé publique. Paris: Secrétariat général du gouvernement; 2014 [Consultable en ligne à l'adresse: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&d ateTexte=20140805, siteInternet>]

- [189].** N. Pourel et al. / Cancer/Radiothérapie 18 (2014) 545–548
- [190].** Ambre LAPLAUD | Thèse de doctorat | Université de Limoges | 2019
- [191].** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration of Human Rights. Records of the 33rd session of the General Conference, Paris; 2005 [33C/Resolution15;Articles5&6;p.83/245]
- [192].** PierreF. Information de la femme et consentement en obstétrique. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018)
- [193].** MillerBL. Autonomy and therefusalo flife saving treatment. Hasting Cent Rep 1981;11:22–8.
- [194].** Schwab M, Benaroyo L. Les divers sens de la notion d'autonomie en médecine et leur pertinence en clinique. Rev Med Suisse 2009; 5 : 2163–5
- [195].** Doucet H. Au pays de la bioéthique. L'éthique biomédicale aux États-Unis. Genève : Laboret Fides ; 1996.
- [196].** Kressmann A. L'autonomie du patient – mythe ou réalité ? ; 2009
- [197].** tome 104 > n°7–8 > juillet 2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.06.002>
©2017 Société Française du Cancer.
- [198].** article l1111-4 code la santé publique français
- [199].** Clément C [Thèse de doctorat de droit public] La responsabilité du fait de la mission de soins des établissements publics et privé de santé. Université Paris VIII; 1997.p.64 - 5
- [200].** Daubech L. Le malade à l'hôpital. Edition Érés ; 2000. p.204

- [201]. Rozovsky LE. The Canadian law of consent to treatment. 2nd ed. Toronto (ON): Butterworths; 1997. p. 1.
- [202]. Version originale anglaise: Ciarlariello v Schacter, [1993] 2 S.C.R. 119, 15 C.C.L.T. (2d) 209 at p 137 per Cory J. Version française : Jugements de la Cour suprême du Canada. Ciarlariello c. Schacter [1993] 2 R.C.S. 119, paragraphe 2, article c de la partie IV Analyse.
- [203]. Grainne Neilson. Gary Chaimowitz. Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie. Can J Psychiatry. 2015 Apr; 60(4): 1–12.
- [204]. M211-2012, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, 2012
- [205]. P. Hum et al. , Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement, Ethique et santé (2015) 12, 56–63.
- [206]. Le nouveau petit Robert, 1996, s.v. « urgence ».
- [207]. Leroux c. Sternthal [1999] R.R.A 939 (C.S.), à la p. 947: décision portant sur une opération reliée à lapose d'implants où le dentiste constate une situation non prévue ce qui l'amène à changer la méthode
- [208]. L. Daubec, Le malade à l'hôpital, Droits, Garanties, Obligations, Romonville, Saint-Agne, 2000, à la p.212.
- [209]. P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, supra note 30 à la p. 203. Pour la jurisprudence, voir Boyer c.Grignon, supra note 38 à la p. 840 ; Normandin c. Crevier, supra note 580 à la p. 2507 (comme il n'y avait pas urgence, le médecin aurait dû demander un consentement éclairé); Cimon c. Andy, [1990] R.R.A. 642(C.S.) à la p. 647 (sans urgence, le devoir d'information demeure)
- [210]. Article 13 C.c.Q ; Voir M. Merger-Pêlier, supra note 566 à la p. 149, Voir Dame Dufresne c. X, supra note 900 aux pages 127-128.

- [211]. Boyer c. Grignon, supra note 38 à la p. 84
- [212]. Boyer c. Grignon, supra note 38 à la p. 840.
- [213]. A. Mayrand, supra note 469 à la p. 38.
- [214]. Voir à cet égard J. Gutman et J. Gutman, supra note 935 à la p. 169.
- [215]. Yves Henri leleu, G.genicot :«le droit médical, aspect juridique de la relation medecin-patient», p : 92-93.
- [216]. la capacité est l'aptitude à exercer ses propres droits. Le pouvoir est l'aptitude à exercer les droits d'autrui, à agir pour le compte d'autrui et en son nom.
- [217]. Jean Michel de forge et jean francois seuvic, op cit. P:260
- [218]. Jean Michel de forge et jean francois seuvic, op cit. p : 262
- [219]. Article 25 du code de déontologie médicale marocain.
- [220]. C. Manaouila, V.Strunski. Informations to patients in otorhino laryngology: legislation, jurisprudence, and incidences on practices. ANNALES D'OTOLARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO -FACIALE 1 2 4 (2 0 0 7) 1 – 8. Doi : 10.1016/j.aorl.2006.10.001
- [221]. Article L.1111-6 du CSP français.
- [222]. [consent en droit] = C. Esper, «La personne de confiance : obligations légale, morale, juridique ? », RGDM, 2003, no11, p.81.
- [223]. Article L.1111-12 du CSP, modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 – art.10.

- [224]. Debarre J-M. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. Méd droit (Paris) (2017)
- [225]. Cyril clément, op cit. p : 64-65
- [226]. Bull. Soc. belge Ophtalmol.,291, 39-45, 2004.
- [227]. K. Badiane Devers / Droit Déontologie & Soin 12 (2012) 144–151
- [228]. EMC - Odontologie, Volume 1, Issue 3, September 2005, Pages 262-280
- [229]. Thèse n°132/15, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fes, 2015
- [230]. Dahir n°1-95-133 du 19 safar 1416 (18 juillet 1995). Loi n°03-94 relative au don, au prélèvement et à l'utilisation du sang humain. Rabat : Direction de la réglementation et du contentieux, 1995. Vol. Bulletin officiel, 4323.
- [231]. Ministère de la Santé - Royaume du Maroc. NOTE DE PRESENTATION DU PROJET DE LOI RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES QUI PARTICIPENT AUX RECHERCHES BIOMEDICALES. Site officiel du Secrétariat Général du Gouvernement . [En ligne] Juin 2013.
- [232]. BUREAU Ève, HERMANN-MESFEN Judith. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Anthropologie et Santé, 8, 2014, p. 1-18.
- [233]. PINELL Patrice, Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940, Paris, Métailié, 1992, 336 p.
- [234]. Giordano PL, Bonaviri G, Bongiorno A, Bressi C, La Barbera D, Sveltini A. Way of diagnosis communication of cancer and its effects on the physician–patient and patient-family relationship. N Trends Exp Clin Psychiatry 1997;1:87-9

- [235]. Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitement symptomatique, modalité et surveillance. Aspects psychologiques, éthiques et sociaux (142) Docteur Guillemette LAVAL Août 2003
- [236]. FAINZANG Sylvie, « La communication d'informations dans la relation médecins-malades », Questions de communication, n°15, 2009, p. 280.
- [237]. HINTERMEYER Pascal, « Compréhension d'une mauvaise nouvelle et diversité des rapports à la maladie » in LESOEURS Guy, PONS Laurence, BABANY Gérard (dir.), L'annonce transculturelle de la maladie, Paris, Téraèdre, 2007, p. 21.
- [238]. BESSON Caroline, GUIRIMAND Nicolas, TRESVAUX du FRAVAL Frédéric, GENTIL Laurence, CARTRON Laure, LEPLÈGE Alain, « Le choix des mots au cours de l'entretien d'annonce en hématologie : cas clinique et revue de la littérature », Hématologie, 18 (1), 2012, p. 48.
- [239]. MENORET Marie, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », Sciences Sociales et Santé, n°1, vol. 25, 2007, p. 35.
- [240]. REICH Michel, MEKAOUI Lila, « La conspiration du silence en cancérologie : une situation à ne pas négliger », Bulletin du cancer, 90(2), 2003, p. 181-184.
- [241]. BESSON Caroline, GUIRIMAND Nicolas, TRESVAUX du FRAVAL Frédéric, GENTIL Laurence, CARTRON Laure, LEPLÈGE Alain, « Le choix des mots au cours de l'entretien d'annonce en hématologie : cas clinique et revue de la littérature », Hématologie, 18 (1), 2012, p. 49.
- [242]. BLANCHARD François, NOVELLA Jean-Luc, QUIGNARD Élisabeth, MORRONE Isabella, DEBART Anne, COURTAIGNE Bruno, DRAME Moustapha. « L'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Quelques aspects éthiques », Gérontologie et société, n°128-129, 2009, p. 168.

- [243]. *Psycho-Oncologie* (2008) 2: 44–48 ©Springer 2008 DOI 10.1007/s11839-008-0067-z
- [244]. Ruzsniowski M. *Face à la maladie grave*. Paris, Dunod, 1995.
- [245]. *Rev Mal Respir* 2004;21:19-22
- [246]. SARRADON-ECK Aline, « Le cancer comme inscription d’une rupture biographique dans le corps », in COUSSON-GELIE Florence, LANGLOIS Emmanuel, BARRAULT Manon (dir.), *Faire face au cancer, image du corps, image de soi*, Tikinagan, 2009, p. 285-311.
- [247]. SPIRE Antoine, POINSOT Rollon, « L’annonce en cancérologie », *Questions de communication*, 11, 2007, p. 159-176.
- [248]. Jean-Pierre RICHER, *Consentement et chirurgie digestive chez un patient majeur(en dehors de la chirurgie plastique)*, 2012
- [249]. BUREAU Ève, HERMANN-MESFEN Judith. *Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire*. *Anthropologie et Santé*, 8, 2014, p. 7.
- [250]. Olivier Huillard–Thèse de doctorat –Université Paris-Descartes, 2016
- [251]. Définition de l’OMS: l’éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.
- [252]. Appel à projets 2014, Promouvoir l’éducation thérapeutique(ETP) des patients atteints de cancers digestifs, INCa-NUTRICANCER2014
- [253]. Dauchy S, et al. *Le refus de soins chez un patient adulte atteint de cancer : recommandations de prise en charge de l’AFSOS et de la SFPO*. *Bull Cancer* (2018)

- [254]. Shaw GY, Pierce E. Malpractice litigation involving iatrogenic surgical vocal fold paralysis : a closed-claims review with recommendation for prevention and treatment. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2009; 118: 6—12
- [255]. Dumontier, C. La notion de risque en chirurgie Quand la complication est au cœur de l'information. *Le Courrier de colo-proctologie (III)* - n° 1 - mars 2002. P7-12
- [256]. Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai—juin 2012. Résultats. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013 .p. 181.
- [257]. Hugonnet et S, Pittet D. Infections nosocomiales : réalité et impact. *Rev Med Suisse* 2000; 4: 20465.
- [258]. D. Legeais, Medicolegal structure, consequences, and recommendations for daily practice: The example of surgical infection, *Journal of Visceral Surgery*, Volume 156, Supplement 1, September 2019, Pages S21-S32
- [259]. Kachalia A., Kaufman S.R., Boothman R., Anderson S., Welch K., Saint S., Rogers M.A.:Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program.*Ann Intern Med.* 2010; 153(4): 213–21.
- [260]. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with mal-practice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277 (7) : 553—9.
- [261]. Baillard C, Lamberto JF, Martinez C, Le Toumelin P, Fournier JL, Cupa M, et al. Point de vue des patients concernant la prise en charge anesthésique. *Can J Anaesth* 2001; 48 (6): 526—8.
- [262]. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé 2002.

- [263]. M. GHREA, C. DUMONTIER, A. SAUTET, C. HERVÉ, DIFFICULTÉS DU TRANSFERT D'INFORMATION EN VUE D'UN CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, Revue de chirurgie orthopédique © Masson, Paris, 2006 2006, 92, 7-18
- [264]. R. Madkouri et al. / Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique 102 (2016) 344–348
- [265]. Laub S «Information des patient en psychiatrie sur les médicaments psychotropes». Thèse. Doctorant en médecine. 2006
- [266]. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher. Santé Publique 2007
- [267]. Krucien N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? Quest D'économie Sante. 2011
- [268]. Richard C, Lussier MT, La communication professionnelle en sante Saint- Laurent Quebec: Editions du renouveau pédagogique.2016.
- [269]. Ogden J, Moatti J-P. Psychologie de la santé. Bruxelles: De Boeck; 2008.
- [270]. Nowak P. Synthesis of qualitative linguistic research - A pilot review integrating and generalizing findings on doctor–patient interaction. Patient Educ Couns. 2011;82(3):429– 41.
- [271]. Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor Patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med. 1995;40(7):903–18.
- [272]. Bredart et al., 2005
- [273]. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005.

- [274]. Beaulieu MD, Haggerty JL, Beaulieu C, et al. Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. Health Policy. 2011
- [275]. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, et al. Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: a cluster randomized trial in French primary care. J Gen Intern Med. 2013
- [276]. Ha JF, Longnecker N. Doctor patient communication: a review. Ochsner J. 2010;10(1):38–43.
- [277]. Clack GB, Allen J, Cooper D, O Head J. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. Med Educ. 2004.
- [278]. Kenny, et al. A PIL for every ill ? Patient information leaflets: a review of the past, present and future use. Fam Pract. 1998.
- [279]. Johnson et al. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003.
- [280]. Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 FIP concernant les motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. Thèse. 2007.
- [281]. Mélanie Sustersic. Fiches d'Information pour les Patients (FIP), un outil au service de la communi-cation médecin patient: Proposition et validation de méthodes pour la construction et l'évaluationclinique. Ethique. Université Grenoble Alpes, 2017.
- [282]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Paris: ANAES; 2000.

- [283]. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Educ Res.* août 2005;20(4):423-9.
- [284]. [élaboration brochure] = Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Paris: HAS. Mai 2012.
- [285]. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J, Newton LD, Newton DP, et al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Fam Pract.* oct 1998;15(5):471-9.
- [286]. Weinman J. Providing written information for patients: psychological considerations. *J R Soc Med.* mai 1990;83(5):303-5.
- [287]. Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *BMJ.* 19 févr 2004;328(7437):441
- [288]. Shank JC, Murphy M, Schulte-Mowry L. Patient preferences regarding educational pamphlets in the family practice center. *Fam Med.* août 1991;23(6):429-32.
- [289]. Sustersic M, Voorhoeve M, Menuret H, Baudrant M, Meneau A, Bosson JL. Fiches d'information pour les patients: quel intérêt? L'étude EDIMAP. *La Revue de la Médecine Générale.* Octobre 2010; 276: 332-9.
- [290]. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Maréchaux F, Genty C, Foote A, et al. Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: a cluster randomized trial in French primary care. *J Gen Intern Med.* janv 2013;28(1):25-31.
- [291]. Arthur VA. Written patient information: a review of the literature. *J Adv Nurs.* juin 1995;21(6):1081-6.

- [292]. Rothert ML, Holmes-Rovner M, Rovner D, Kroll J, Breer L, Talarczyk G, et al. An educational intervention as decision support for menopausal women. *Res Nurs Health*. oct 1997;20(5):377-87.
- [293]. Isaac Mandil A, Baude N. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients: une revue de la littérature. Université Joseph Fourier. Grenoble; 2014, 116p.
- [294]. Jeannet E, Cozon-Rein. Évaluation de l'impact de Fiches d'Information Patient (FIP) sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine générale: étude randomisée et contrôlée. Thèse d'exercice. Médecine Générale. Université Joseph Fourier. Grenoble; 2011, 58p. [39] =
- [295]. Dixon-Woods M. Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Soc Sci Med*. mai 2001;52(9):1417-32.
- [296]. R Dowse T Ramela SH. Browne An illustrated leaflet containing antiretroviral information targeted for low-literate readers: development and evaluation. *Patient Educ Couns* 2011.
- [297]. PS Houts CC Doak LG Doak MJ. Loscalzo The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns* 2006.
- [298]. MMY Cheung B Saini L. Smith Using drawings to explore patients' perceptions of their illness: a scoping review. *J Multidiscip Healthc* 2016

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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 أبقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

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



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



رقم الأطروحة: 235

سنة : 2021

الموافقة المستتيرة في جراحة سرطان المعدة أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف:

السيدة سامية بوشنة
المزودة في 14 نونبر 1995 بالرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الموافقة المستتيرة - سرطان المعدة - استمارة المعلومات.

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

مشرف

عضو

عضو

عضو

السيد محمد ايشو
أستاذ في علم الأورام
السيد عبد المنعم ايت علي
أستاذ في الجراحة العامة
السيد حشي حفيظ
أستاذ في الجراحة العامة
السيد طارق محفوظ
أستاذ في علم الأورام
السيد عبد الرحمان الحجوجي
أستاذ في الجراحة العامة