



Fiche d'Information pré-opératoire

Hernie



- Le devoir d'information est une obligation **légale** et **déontologique** qui s'impose au professionnel de santé.
L'information est **obligatoire pour obtenir le consentement** du patient aux soins.

Article R. 4127-35 du CSP

*« 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. »*

L'information est une réelle obligation dont le manquement entraîne **la responsabilité du médecin.**



La loi

Toutes les **investigations** que le médecin veut effectuer : *expliquer la démarche scientifique*

Les **raisons des choix** de traitement : *en informant les autres thérapeutiques s'il en existe*

Les **actes de prévention** : *utilité des actes, urgence qu'il y a à intervenir et prévenir des risques.*

Les **risques fréquents ou graves normalement prévisibles** : *les risques mêmes exceptionnels ont leur place dans l'information donnée au patient.*

Tous les **effets secondaires** d'un traitement, même exceptionnels

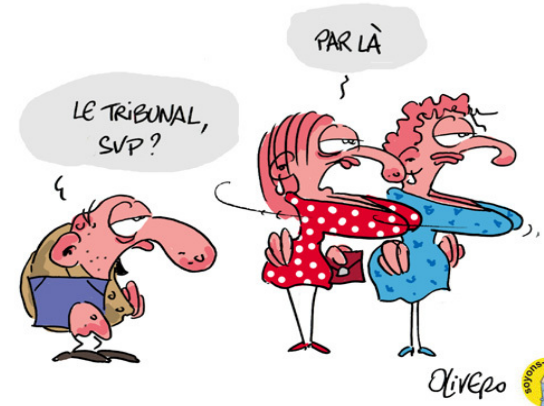
Les **différentes alternatives** qui s'offrent au patient : *le préjudice pourra être qualifié de « perte de chance » et faire l'objet d'une indemnisation éventuelle.*

Les **conséquences en cas de refus de soins** de la part du patient : *l'information doit porter ici sur les conséquences, les risques que le patient encourt du fait de son refus d'être soigné*

Les **risques nouveaux** : *en effet, si la situation évolue, l'information peut être postérieure au soin. Le médecin doit chercher à retrouver le patient afin de l'informer et le soigner*

Consentement libre et totalement éclairé

PROTHÈSES MAMMAIRES
OUVERTURE DU PROCÈS PIP





L'urgence médicale



Le refus du patient d'être informé sur son état de santé : ce refus d'être informé doit être respecté par le médecin. En effet, si la personne est particulièrement anxieuse et refuse d'être informée, le médecin doit intervenir sans délivrer l'information, sauf s'il existe un risque de contamination pour un tiers. Ce refus d'être informé doit obligatoirement être consigné dans le dossier médical.

L'impossibilité matérielle d'informer le patient : c'est le cas du patient hors d'état d'exprimer sa volonté car inconscient ou dans le coma. Mais toutefois, pèse sur le médecin l'obligation d'information de la personne de confiance, ou à défaut du proche.

Trois dérogations



La charge de la preuve :

Cette preuve de l'information est particulièrement importante pour le médecin. En pratique, on constate en effet que c'est sur le **terrain du défaut d'information** que les patients fondent leurs actions contentieuses en matière médicale.

Cette **charge de la preuve incombe au professionnel de santé.**

Art. L. 1111-2 al. 6 CSP

*« 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.** »*

Dans le cadre des contentieux pour défaut d'information, **la théorie jurisprudentielle de la perte de chance** revêt un caractère primordial.

La Charge de la preuve



- **Serment**
- **Aveu**
- **Témoignage** (suspect de partialité ou de subordination / collaborateur)
- **Preuve par présomption**
 - Pratique quotidienne à la Monsieur Jourdain
 - Lettre MT dictée devant le patient, délai de programmation, dessin, etc...
- **Preuve littérale (par l'écrit): forme la plus sûre**
 - Support, traçabilité et systématisation de l'information
 - Valeur de l'outil d'information = valeur de la preuve

Cinq formes juridiques de preuve

REVUE

EXPERTS



EXPERTS

Analyse comparative des niveaux de preuve de l'information préopératoire des patients selon différentes méthodologies et supports, par P. Gleyze, J.-C. Gardiolle, H. Coudane et J. Hureau

(EXPERTS, n° 79, 2008, juin - pp. 50 à 57 - ST, E, 11)

- 60 patients **prospectifs randomisés**/Chir. Orthopédique
- Chirurgie **fonctionnelle** sans pronostic vital
- Implantologie **prothétique**

Analyse comparative des niveaux de preuve selon le support d'information

- **Un consentement éclairé:** blanc-seing standart
- **Un des trois documents** rédigés par la **SOFCOT**:
 - Fiche bénéfices-risques de base / chirurgie orthopédique
 - Résumé recto-verso de l'intervention avec schémas
 - Fascicule d'information détaillée de 12-15 pages

**Trois documents /
un consentement**

- Information pour **arthroscopie** (*Grhea, Rev Chir Ortho, 2006*)
 - Explications **orales** très claires (90%)
 - A la **sortie** de consultation:
 - **Absence** de risque infectieux (47%)
 - **Absence** de risque nerveux (52%)
 - Après quelques semaines:
 - **Oubli** de l'information (75%)



- Information pour **thyroïdectomie** (*Laccourreya, Ann Chir, 2005*)

Compréhension et mémorisation



- **Compréhension** des bénéfices-risques
- **Intérêt** porté à chacun des sujets de l'information
- **Sécurisation** à la lecture de l'information



Figure 4 – Résultats subjectifs : taux de sécurisation par sujet d'information selon le type de document

Impact comparé

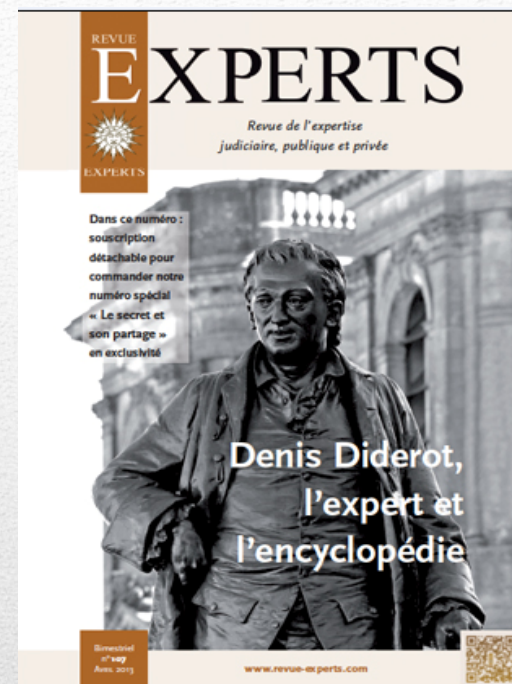
- **Signature immédiate: impact négatif**
 - Sans document joint (67%)
 - Après lecture d'un résumé (48%)



- **Signature différée après lecture fascicule: effet positif**
 - Majoration de la **confiance** dans le chirurgien (52%)
 - **Meilleure image** de la chirurgie (75%)
 - Compréhension de la **possibilité de problèmes** (91%)
 - Augmentation **crédibilité pour régler les problèmes** (92%)

Impact de la signature

- **Notice associée à l'information orale**
 - Impact positif lié à son **exhaustivité**
 - Permet une meilleure **compréhension**
- **Taux de mémorisation des lecteurs**
 - Littérature (40-50%)
 - Fascicule (72%)
- **Indice de Satisfaction**
 - Information suffisante (95%)
 - Information indispensable (88%)
- Sous réserve d'un temps nécessaire **d'appropriation du document**



Support de l'information



- **Ne répond pas aux attentes** du patient
 - en matière **d'information**
 - Surtout en matière **de compréhension**
- Produit un **impact négatif** lors d'une demande de signature immédiate
- Permet seulement de **clarifier le contrat mutuel**

Fiche de base





Branchet

[Accueil](#) > [A propos d'Asspro scientifique](#) > [Mode d'emploi des fiches d'information](#)

[A propos d](#)

Fiches d'information préopératoire : Mode d'emploi

Le consentement éclairé suppose la **remise au patient(e)** :

- 1) **d'une fiche d'information préopératoire** spécifique à l'intervention projetée.
- 2) d'un document de **consentement éclairé** (téléchargeable en PDF "complétable").

Le praticien doit, le jour de la consultation :

- ▶ **Personnaliser le formulaire de consentement, en complétant son nom** dans l'espace prévu à cet effet. (Avec l'utilisation du PDF complétable, l'insertion du nom est reprise automatiquement dès que cette mention apparaît dans le document.)
- ▶ **Indiquer la nature de l'intervention pratiquée.**

Puis, en bas des documents :

- Dater le document de consentement du jour de la remise (normalement celui de la consultation).
- Dater la fiche d'information préopératoire remise au patient(e) le même jour.

Le(a) patient(e) doit, après avoir étudié le document et respecté un délai :

- **Compléter** (avec la mention manuscrite), **dater** et **signer** le document de consentement,
- **Dater et signer la fiche d'information préopératoire,**
- **Retourner** impérativement au praticien **les 2 documents avant l'intervention.**

Les originaux signés des 2 documents, doivent être conservés dans le dossier du médecin.

Notre recommandation : Le praticien doit refuser d'opérer le patient si le consentement éclairé signé ainsi que la fiche d'information préopératoire également signée, ne lui ont pas été remis.

Attention à l'archivage à la clinique (risque de perte)



Denis Blasquez, dblazque@club-internet.fr,
Jean Delaby, annejean.delaby@orange.fr,
Jean-Pierre Cossa, docteurcossa@gmail.com

Bureaux ASSPRO

johanet <Hubert.johanet@wanadoo.fr>,"cc: Jean Francois Gillion"
<jfgillion@wanadoo.fr>, Bertrand MILLAT
<bertrandmillat@orange.fr>, BLAZQUEZ Denis <
dblazque@club-internet.fr>, Jean DELABY
<annejean.delaby@orange.fr>, Georges TIMSIT
<tim.georgestimsit@gmail.com>, Syndicat Viscérale
<ph.breil@gmail.com>, Denis COLLET <
denis.collet@chu-bordeaux.fr>, watreLOT@wanadoo.fr, Karem Slim
<kSlim@chu-clermontferrand.fr>, Jean Michel Chollet
<jmi.chollet@wanadoo.fr>, Alain DELEUZE <aldeleuze@wanadoo.fr>, gravie
<gravie.jf@wanadoo.fr>

Fcvd



Denis Blazquez; André Lacroix; BLAZQUEZ Denis; Bonan, Alain (alain.bonan@wanadoo.fr); Christophe Berney; DANIEL PATERNE; GIGNOUX (gignoux@chirurgien-digestif.com); KHALIL, Haitham; Magne, Eric (eric.magne@yahoo.fr); PATRICK LEDAGUENEL; a.dabrowski@free.fr; barrat christophe; beck; cardin; chastan (phchastan@gmail.com); cjljacquin@yahoo.fr; constantin.zaranis@wanadoo.fr; cossa.s@noos.fr; delaunay; docteurngo@gmail.com; dr.durou@cliniquedevilleneuve.com; eric.olagne@wanadoo.fr; framery; gainant; gérard FROMONT (gfromont@hotmail.fr); j.p.faure@chu-poitiers.fr; jean françois gillion; jlantz1@free.fr; jmi.chollet@wanadoo.fr; jurczak; lepere; nletoux@live.fr; philippe NGO; soler.marc2@wanadoo.fr; tiry; Jean Francois Gillion

Club Hernie





- 1°: **Affection**, diagnostic et différents traitements
- 2°: Nature exacte **geste opératoire** et ses conséquences
- 3°: **Bénéfices et risques** des différentes options

- « *L'information ne doit pas générer de défiance et doit rester compréhensible par le plus grand nombre* »

Trois niveaux d'information

FICHE D'INFORMATION PATIENT



HERNIES DE L'AINE

(D Blazquez, JP Cossa, J Delaby)

1. Qu'est-ce qu'une hernie de l'aîne ?

La région de l'aîne possède des orifices naturels à la racine de la cuisse, pour laisser passer les éléments anatomiques qui vont au membre inférieur, et au testicule chez l'homme.

Un relâchement anatomique de ces orifices peut être à l'origine de l'apparition d'une hernie de l'aîne, inguinale ou crurale, qui est l'issue, à travers un orifice naturel élargi, d'une partie du contenu de la cavité abdominale. Une hernie se manifeste généralement par un gonflement localisé de l'aîne, majoré par la position debout et les efforts.

Les hernies peuvent apparaître à n'importe quel âge. Les hernies inguinales sont plus fréquentes chez l'homme, les hernies crurales sont plus fréquentes chez la femme. Les hernies de l'enfant résultent d'une anomalie congénitale spécifique.

2. Quelles en sont les conséquences ?

Une fois la hernie constituée, l'augmentation progressive de son volume est la règle, mais s'observe avec une vitesse d'évolution variable.

La guérison sans opération n'existe pas.

L'évolution naturelle est une gêne croissante avec le temps. L'étranglement herniaire est le risque évolutif majeur : c'est l'incarcération de l'intestin dans la hernie. La hernie devient irréductible et très douloureuse. Ceci impose une consultation chirurgicale en urgence.

Le risque d'étranglement est variable selon le type anatomique de la hernie: faible pour la hernie inguinale dans sa variété directe, il est important pour la hernie crurale. Ce risque doit être discuté avec le chirurgien lors de la consultation.

Il y a des hernies qui s'accompagnent de douleurs locales en l'absence d'étranglement. Ces douleurs peuvent être liées à d'autres pathologies et non à la hernie, et risquent de persister après la réparation de la hernie.

3. Quel est le traitement d'une hernie de l'aîne ?

Le traitement curatif d'une hernie de l'aîne est chirurgical.

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

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

4. Comment répare-t-on une hernie ?

Chez l'adulte :

Deux types de procédures ont été développés :

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

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

1. Voie directe antérieure (incision unique à l'aîne).
2. Voie coelioscopique postérieure (mini-incisions proches du nombril).

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

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

Dans tous les cas, la période post-opératoire de consolidation définitive est de trois à quatre semaines pendant lesquelles on conseille d'éviter les efforts physiques importants (port de charges de plus de 5 kgs).

La hernie congénitale de l'enfant ne nécessite pas de renfort prothétique.

5. **Quels sont les risques de la chirurgie des hernies de l'aine ?**

Rares complications liées à toute chirurgie abdominale :

- Complications thromboemboliques (phlébites, embolie pulmonaire)
- Complications hémorragiques (plaies vasculaires, hématomes)
- Complications infectieuses sur incisions, cathéters, drains et sondes.
- Plaies digestives, brides et occlusions intestinales secondaires
- Plaies vésicales, rétentions d'urines post-opératoires

Il existe aussi des complications exceptionnelles liées à la coelioscopie :

- Survenant lorsque l'on gonfle l'abdomen ou quand on introduit le premier trocart au début de l'opération, elles peuvent nécessiter une conversion en une grande ouverture (laparotomie).

- Il s'agit en général de blessures de gros vaisseaux comme l'aorte abdominale ou de blessures des organes proches du site opératoire, essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle, mais elles peuvent parfois passer inaperçues lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès post-opératoire. Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient.

Complications spécifiques précoces

• Séromes (bosse de liquide clair) et ecchymoses (placard bleu) pouvant diffuser dans les tissus de la verge et des bourses (entre 5 et 10% des cas).

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

• Exceptionnelles infections de la prothèse improprement appelées "rejets" et pouvant nécessiter une ré-intervention pour ablation (moins de 0,35% des cas).

Complications spécifiques tardives :

• Douleurs séquellaires, régressant le plus souvent dans les deux années suivant l'intervention et qui semblent plus fréquemment observées après voie antérieure (2-4%).

• Récidive de la hernie (autour de 2% après renfort de paroi utilisant la pose d'un treillis prothétique).

Rédigée le 31/05/2013

Boîte de réception - doct... Club-Hernie.com Code de la santé publique: www.assproscientifique.fr

www.club-hernie.com

iGoogle Lenovo Recommen... Importés Boîte de réception (...)

CH Home | News | Publications | Sponsors | Les Membres

Pseudo: Pass: ok

Le CLUB HERNIE regroupe, au sein d'une Association loi de 1901, une trentaine de chirurgiens parmi les plus grands spécialistes de la chirurgie herniaire et pariétale. Le CLUB HERNIE a pour objectif d'améliorer la qualité des soins en chirurgie pariétale, par une évaluation des pratiques professionnelles, à travers un registre, par l'organisation et la publication de recherches cliniques, par l'organisation de réunions professionnelles permettant la confrontation des expériences de chacun et l'enseignement de la spécialité.

LE CLUB HERNIE peut être amené à travailler en partenariat avec les Industriels de Santé afin d'évaluer des dispositifs implantables ou autres matériels et éventuellement d'aider à la mise au point de nouveaux matériels, dans le respect des dispositions légales.

LE CLUB HERNIE est indépendant de toute influence ou pression extérieure, en particulier de celle des Industriels de Santé, quelle que soit leur contribution au fonctionnement du club.

L'Association dispose d'un site Internet d'accès libre dans le but d'informer les visiteurs sur les activités de l'association, de diffuser des documents didactiques de vulgarisation, visant à rendre compréhensible par le plus grand nombre les données anatomiques, pathologiques, et techniques de cette chirurgie.

L'accès au registre et au forum de discussion est réservé aux membres du club et est protégé par un identifiant et un mot de passe.

nouveau site en ligne
23 janvier 2013 23:21 - Dr COSSA
www.hernie-inguinale-paris.com

[Lire la suite](#)

site internet du Docteur Marc Soler
11 novembre 2011 16:25 - Dr SOLER
www.docteur-soler.com

[Lire la suite](#)

AFC 2011 : Toutes les prothèses ont elles le même
08 octobre 2011 11:42 - Pr FAURE
Toutes les prothèses ont elles le même risque infectieux?
AFC 2011

[Lire la suite](#)

Fiche d'information
03 juin 2013 21:36 - Dr GILLION
Fiche d'information aux patients devant se faire opérer d'une hernie de l'aine

[Lire la suite](#)


barrières résorbables: tendance ou avenir
25 septembre 2011 01:27 - Dr LEPERE
communication orale au symposium "hernia repair" prague les 23 et 24 septembre 2011

[Lire la suite](#)

President du Club Hernie
05 août 2011 19:28 - Dr GILLION
www.generale-de-sante.fr/hopital-prive-d-antony
Publications: GOOGLE SCHOLAR

[Lire la suite](#)

© 2010 - 2013 | <http://www.club-hernie.com>



Données cartographiques - Conditions d'utilisation Signaler une erreur cartographique

FCVD
Intérêt des registres du Club Hernie comme outil d'évaluation des Pratiques Professionnelles dans le cadre de l'Accréditation des Chirurgiens Réunion régionale FCVD Accréditation Val d' Aurelle Montpellier le 18 Janvier 2013

[Lire la suite](#)

SimpleTap

FR 17:25 05/06/2013

www.club-hernie.com

Microsoft Word interface showing a document titled "FICHE D'INFORMATION PATIENT". The document content includes:

FICHE D'INFORMATION PATIENT

afc
ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
Inscrite au répertoire public des associations de personnes physiques par décret du 26 août 1985

CH7

HERNIES DE L'AINE
(D Blazquez, JP Cossa, J Delaby)

1. Qu'est-ce qu'une hernie de l'aine ?

La région de l'aine possède des orifices naturels à la racine de la cuisse, pour laisser passer les éléments anatomiques qui vont au membre inférieur, et au testicule chez l'homme.

Un relâchement anatomique de ces orifices peut être à l'origine de l'apparition d'une hernie de l'aine, inguinale ou crurale, qui est l'issue, à travers un orifice naturel élargi, d'une partie du contenu de la cavité abdominale. Une hernie se manifeste généralement par un gonflement localisé de l'aine, majoré par la position debout et les efforts.

Windows taskbar: Page : 1 sur 4 | Mots : 810 | 17:27 | 05/06/2013

Fiche pdf (imprimable)

The screenshot shows a web browser window displaying the website www.chirurgie-viscerale.org. The page title is "Fédération Française de Chirurgie Digestive". The main content area is titled "DOCUMENTS OFFICIELS" and contains the following information:

- Accueil > FCVD > Documents Officiels
- DOCUMENTS OFFICIELS
- Découvrez les documents officiels produits et validés par la fédération.
- Gestion des risques associés à la création du pneumopéritoine : [Recommandations de la FCVD](#)**
- [Règles de bonnes pratiques en chirurgie digestive carcinologique](#)
- Critères de qualité en cancérologie
 - [Cancer du côlon](#)
 - [Cancer du rectum](#)
 - [Métastases hépatiques](#)
 - [Cancer de l'estomac](#)
 - [Cancer de l'oesophage](#)
 - [Cancer du pancréas](#)
- CRO types
 - [Cholécyctomie](#)
 - [Thyroïdectomie](#)
- Chirurgie ambulatoire
 - Hernies de l'aine
 - [Guide pour la réalisation d'un chemin clinique pour la chirurgie ambulatoire des hernies de l'aine](#)
 - [Chemin clinique](#)
 - [Référentiel d'auto-évaluation](#)
 - [Parcours](#)
- [Revue Morbi Mortalité](#)
- [Projet Apollo](#)

The browser's taskbar at the bottom shows several open applications, including "démarrer", "Disque amovible (F:)", "Disque local (E:)", "SECURESTRAP-MESH...", "fiche INFO pptx - Mic...", "FCVD - Documents Of...", and "MY ASSURANCES - C...". The system clock shows 10:55.

Fcvd

Le formulaire de consentement est donc *commun* à tous les types d'intervention mais n'est valable que s'il a été remis en même temps que la *fiche d'information spécifique* à l'intervention projetée en y faisant explicitement référence (Nature de l'intervention complétée par le praticien et datée lors de sa remise au patient).

La fiche d'information préopératoire et *le consentement* doivent être remis au patient(e) au moment de la consultation et datés en lui demandant de renvoyer les 2 documents complétés, datés et signés après qu'il (elle) les ait étudiés.

Il faut qu'il y ait plusieurs jours (en pratique, une semaine semble un bon délai), entre remise des documents et leur signature.

Une signature le jour même est toujours contestable (et contestée...).

Il faut donc bien s'assurer que les dates de remise des documents et de leur signature sont différentes

Ce qu'il faut retenir

