

TABLE DES MATIÈRES

<i>Remerciements</i>	XI
<i>Liste des tableaux</i>	XXI
<i>Liste des figures</i>	XXIII
<i>Liste des abréviations</i>	XXV
INTRODUCTION	1
A. Problématique : quand l'adéquation entre le droit et les pratiques est plus qu'incertaine	4
B. Questions de recherche et hypothèses : quelle effectivité pour le consentement éclairé aux soins ?	13
C. Plan de l'essai	14
PREMIÈRE PARTIE	
Effectivité du consentement éclairé aux soins : considérations théoriques et méthodologiques	17
CHAPITRE I	
Cerner et comprendre le consentement aux soins : fondements et articulations juridiques	19
A. L'état des lieux sur le consentement aux soins	19
1. Les caractéristiques essentielles du consentement aux soins	20
a) Aptitude	22
b) Liberté	25
c) Information	26

2. Les recours et sanctions possibles en cas de violation	32
a) Responsabilité civile	32
b) Responsabilité déontologique	36
c) Plaintes en établissements	38
B. L'autonomie, finalité du consentement aux soins	41
1. Reconnaissance de l'autonomie comme droit fondamental de la personne et fondement du consentement aux soins	42
2. Contextualiser l'autonomie au regard du consentement éclairé aux soins	46
Conclusion – Consentement éclairé, autonomie respectée	53

CHAPITRE II

Évaluer l'effectivité du consentement aux soins : approche théorique et cadre d'analyse	57
A. L'effectivité normative : concept et définitions	58
1. Effectivité « classique »	59
a) La conformité	59
b) Les deux axes de l'effectivité : la norme en soi et la sanction	61
c) Les facteurs d'effectivité ou d'ineffectivité	62
d) Critiques de l'approche classique ayant mené à une conception renouvelée de l'effectivité	63
2. Effectivité « renouvelée »	65
a) Des usages du droit... ..	65
b) ... aux effets du droit	66
B. Articulation méthodologique de l'étude de l'effectivité	72
1. Mesurer les effets	72
2. Se méfier de la causalité	73

C. Évaluer l'effectivité du consentement aux soins :	
construction du cadre d'analyse	75
1. Norme du consentement éclairé aux soins :	
identification des composantes	76
2. Critères d'évaluation de l'effectivité normative	78
a) Mesures de conformité	78
b) Effets de la norme	79
c) Facteurs d'effectivité normative	80
Conclusion – Effectivité : une approche large, des balises à poser	82

CHAPITRE III

L'étude de cas : évaluer une effectivité du consentement éclairé aux soins en contexte québécois	85
A. Conception de l'étude de cas et choix méthodologiques	86
B. Observation et documentation quant au milieu clinique investi	89
1. Le milieu clinique de recherche : une approche participative	89
2. Les soins orthopédiques : contexte général	92
C. Méthode quantitative : l'étude transversale par questionnaire	95
1. Les participants : quels patients ?	95
a) Échantillonnage	96
b) Stratégies de recrutement	97
2. Collecte de données : le questionnaire et les outils de mesure psychométriques	98
a) Outils de mesure	98
b) Administration du questionnaire	101
3. Analyses à effectuer et limites	101
D. Méthode qualitative : le groupe de discussion	105
1. Participants : les chirurgiens orthopédistes	105

2. Collecte de données : une discussion animée	106
3. Analyses qualitatives et limites	106
Conclusion – Une exploration de certaines pratiques	108

DEUXIÈME PARTIE

Effectivité du consentement éclairé aux soins : constats quant aux pratiques cliniques, ou le quotidien de la médecine face au droit	111
---	-----

CHAPITRE IV

Explorer les pratiques et les perceptions en matière de consentement éclairé au Québec : une étude de cas	113
--	-----

A. L'expérience des patients : que retenir de leur prise de décision ?	114
1. Une description des participants : qui sont les patients de notre étude ?	115
2. Des consentements peu éclairés	119
3. La qualité du consentement est-elle en lien avec d'autres variables ?	121
4. Une analyse des réponses à la question ouverte : l'importance de ce qui est dit et de l'attitude	125
a) L'information	125
b) L'attitude	127
B. Les comportements et attitudes des médecins face au consentement éclairé aux soins : comment perçoivent-ils leur rôle ?	128
1. La divulgation de l'information	131
a) Divulguer quels risques ?	131
b) Les alternatives : divulgation de moindre importance	133
c) Juger de l'intérêt du patient	134
d) Les questions des patients et leur compréhension	135

2. La place du formulaire de consentement	140
3. La responsabilité professionnelle	141
4. Le souhait d'une responsabilisation accrue du patient	145
C. Discussion de l'étude de cas : le consentement éclairé, une question de qualité relationnelle ?	147
Conclusion – Des consentements peu éclairés, malgré une conscience du droit ?	151
 CHAPITRE V	
L'effectivité du consentement éclairé aux soins : analyse critique intégrée	153
A. La conformité des comportements avec la norme	154
1. Participation réelle des patients aux prises de décisions médicales	155
2. Divulgence d'information par les médecins	158
3. Compréhension de l'information	162
4. Poser des questions et devoir de conseil	164
B. Les effets de la norme	169
1. Le privilège thérapeutique	169
2. La bureaucratisation du consentement aux soins	170
3. L'essor de la médecine défensive	171
C. Les facteurs d'(in)effectivité liés à la norme	172
1. Facteurs systémiques	173
2. Facteurs individuels	175
a) Les facteurs se rapportant aux médecins	176
b) Les facteurs se rapportant aux patients	179
Conclusion – Une ineffectivité importante et complexe	182

TROISIÈME PARTIE**Effectivité du consentement éclairé aux soins :**

le rôle des sanctions	189
------------------------------------	-----

CHAPITRE VI

Les sanctions comme facteurs d’(in)effectivité de la norme	191
---	-----

A. Effectivité liée à la sanction déontologique : quelle sanction ?	191
---	-----

1. Fréquence d’application : parcimonie de cas	192
--	-----

2. Sévérité des sanctions : le choix thérapeutique avant le consentement	200
---	-----

B. Effectivité liée à la sanction civile : peu de demandes accueillies	204
---	-----

1. La contribution accessoire du consentement éclairé aux soins	206
--	-----

2. Un faible pourcentage de jugements en faveur des patients	212
--	-----

Conclusion – Sanctions du non-respect du consentement éclairé des patients : trop peu, trop tard... ..	215
---	-----

CHAPITRE VII**Expliquer l’ineffectivité : redéfinir la responsabilité civile**

pour favoriser l’adéquation entre le droit et les pratiques ?	219
--	-----

A. Le recours en responsabilité civile : rôles et fonctions	223
---	-----

B. Le triptyque de la responsabilité face au consentement éclairé aux soins : une application à revoir	225
---	-----

1. L’appréciation de la faute : évaluation depuis la perspective du médecin	225
--	-----

2. Le préjudice et le lien de causalité : « rationalité » et exclusion d’un préjudice moral autonome	230
---	-----

a) La prise de décision médicale et le lien de causalité : une approche irréaliste	231
---	-----

b) La reconnaissance d’un préjudice moral autonome	236
--	-----

C. Mise en œuvre des critères proposés : exploration d'une application concrète	240
D. Le droit souhaite-t-il vraiment sanctionner le non-respect du consentement éclairé aux soins ?	245
Conclusion – De la parole aux actes	248
CONCLUSION GÉNÉRALE	253
ANNEXE 1	
Formulaire de consentement aux soins (formulaire AH-110 DT9059)	257
ANNEXE 2	
Questionnaire (patients)	259
ANNEXE 3	
Grille d'entrevue (médecins)	265
Bibliographie	269
Table de la législation citée	297
Table de la jurisprudence citée	301
Index analytique	309