

Information, consentement et refus de soins

T. Jacquet-Francillon, S. Tilhet-Coartet

La loi du 4 mars 2002 et les textes qui ont suivi ont imposé une adaptation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'information des patients, du consentement et du refus des soins en médecine d'urgence. Le contenu de la loi et ses implications en ce qui concerne l'information délivrée au patient en médecine d'urgence sont exposés en précisant les incidences des textes les plus récents sur la pratique quotidienne. Le consentement et le refus de soins en médecine d'urgence sont abordés dans une deuxième partie : bases juridiques, limites du droit au refus de soins, modalités pratiques à adopter pour éviter ultérieurement la mise en cause du médecin. Pour chaque chapitre des objectifs de lecture et des points clés sont proposés, certains cas particuliers sont discutés : suicidant, personne sous l'emprise de l'alcool, mineur, incapable majeur, situations de fin de vie.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Information ; Consentement ; Refus de soins ; Dossier médical ; Personne de confiance ; Directives anticipées

Plan

■ Introduction	1
■ Information du patient en médecine d'urgence	1
Textes	2
Principes	2
Traçabilité de l'information et accès au dossier médical	4
Cas particuliers et limites	5
■ Refus de soins en médecine d'urgence	5
Textes	6
Cas particuliers	8
■ Conclusion	9

■ Introduction

En matière d'information des patients, de consentement et de refus des soins, la loi du 4 mars 2002 et les textes qui ont suivi ont imposé une adaptation des pratiques professionnelles. La médecine d'urgence n'échappe pas à cette nécessité. L'objectif de ce travail est d'effectuer une mise au point sur ce sujet. Nous exposons le contenu de la loi et ses implications en ce qui concerne l'information délivrée au patient en médecine d'urgence en précisant les incidences des textes les plus récents sur la pratique quotidienne. Nous traitons ensuite du consentement et du refus de soins en médecine d'urgence : bases juridiques, limites du droit au refus de soins, modalités pratiques à adopter pour éviter ultérieurement la mise en cause du médecin. Pour chaque chapitre des objectifs de lecture et des points clés sont proposés, certains cas particuliers sont discutés.

■ Information du patient en médecine d'urgence

Renseigner une personne sur sa santé et les actes médicaux qu'il doit subir a pour but de l'informer et de lui permettre une prise de décision en toute connaissance de cause quant aux soins et aux investigations à réaliser [1]. Le dossier médical constitue un support de traçabilité de l'information délivrée par le praticien. C'est aussi une source d'information pour le patient [1] qui a maintenant un accès direct aux informations de santé qui le concernent. Dans ce chapitre, nous abordons l'information du patient, son consentement aux soins, le recueil et l'accès à ces données dans le dossier médical.

“ Points essentiels

Information du patient en médecine d'urgence - objectifs de lecture

Connaître le contenu de la loi et ses implications en ce qui concerne l'information délivrée au patient en médecine d'urgence. Comprendre les incidences de la loi du 4 mars 2002 sur la pratique quotidienne. Préciser les conséquences pratiques du droit d'accès direct du patient à son dossier pour le médecin urgentiste. Connaître la conduite à tenir dans les cas particuliers suivants : personne mineure, incapable majeur, situations de fin de vie. Savoir se référer aux textes en vigueur si besoin.

Textes

“ Points essentiels

Principaux textes en vigueur en matière d'information du patient sur sa santé et d'accès aux informations de santé qui le concernent :

- Code de déontologie : articles 35 et 64.
- Code de santé publique : articles L. 1110-4, L. 1111.1 à L. 1112.1, R. 1111-1 à 1111.16, R. 1112-1 à 1112.9. Les textes du Code de santé publique.
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 : droits des malades. Chapitre 1 : information des usagers et expression de leur volonté.
- Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 (annexe abrogeant le décret du 29 avril 2002) : accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- Arrêté du 5 mars 2004 (annexe) portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006.
- Recommandations de pratiques professionnelles de l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. ANAES, 2000.
- Recommandations de pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. HAS, 2005.

Principes

L'article 35 du Code de déontologie médicale (article R. 4127-35 du Code de la santé publique) définit les devoirs du médecin en matière d'information du patient : « *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, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic 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* » [2].

Les principes qui régissent l'information des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté sont énoncés dans la loi du 4 mars 2002 [3] relative aux droits des malades (chapitre 1) qui a modifié le Code de la santé publique. Être informé sur sa santé est un droit de la personne. Sauf urgence, impossibilité ou refus par le malade, délivrer cette information est un devoir pour le médecin.

Antérieurement à 2002, plusieurs arrêts de la Cour de cassation ou du Conseil d'État avaient mis en avant l'obligation d'information du patient par le médecin : informer était un devoir avant toute intervention ou prescription, la charge de la preuve que cette information avait été donnée appartenait au médecin [4], elle pouvait être faite par tout moyen [5]. Le

médecin devait informer sur tous les risques graves, même exceptionnels, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité [6]. L'information devait être loyale, claire et appropriée [7].

Un arrêté de la Cour de cassation du 18 juillet 2000 renforçait cette obligation [8].

Depuis la loi du 4 mars 2002, les principes énoncés par le Code de santé publique en matière d'information des patients, de consentement aux soins et de secret des informations qui les concernent sont les suivants.

- Droit à l'information et nature de celle-ci (article L1111-2) [9].
Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.
Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...). Elle incombe à tout professionnel de santé (...). 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.
Pour les mineurs ou les majeurs sous tutelle : l'information est délivrée aux représentants légaux (selon le cas, autorité parentale ou tuteur) sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. L'intéressé reçoit une information adaptée soit à son degré de maturité s'agissant d'un mineur, soit à ses facultés de discernement s'agissant d'un majeur sous tutelle.
- Consentement aux soins (article L. 1111-4) [10].
Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé.
Le médecin doit respecter la volonté de la personne.
Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucun acte ne peut être réalisé, sauf urgence, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté.
- Droits des personnes mineures (article L. 1111-5) [11] :
Par dérogation (...), le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation/consentement du (ou des) titulaire(s) de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne de son choix. (...). Lorsqu'une personne mineure (...) bénéficie à titre personnel (...) d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.
- Désignation d'une personne de confiance (article L. 1111-6) [12] :
Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (...) qui sera consultée et informée si elle-même est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information. (...) (désignation par écrit et révocable).
- Respect de la vie privée et secret des informations concernant l'individu (article L. 1110-4) [13] :
Toute personne (...) a droit au respect (...) du secret des informations la concernant. (...) En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci sauf opposition de sa part.

- Accès à l'information (article L. 1111-7) ^[14] : Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé : informations formalisées, qui ont contribué au diagnostic et au traitement, ont fait l'objet d'échanges écrits, (examens, consultations, intervention, traitements, surveillances, correspondances). À l'exception d'informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant ces tiers (...).
- Le dossier médical, un support d'information pour le malade et le médecin : avant la loi du 4 mars 2002, le dossier du patient était un aide-mémoire et un outil de transmission d'informations entre professionnels. Depuis, il s'agit d'un support à la disposition directe du patient de la traçabilité des soins et de l'information qui lui ont été donnés ^[15].

Information et urgence : l'information du malade n'est théoriquement pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus ^[3], pourtant exercer dans un service des urgences ne dispense pas de l'information. Comme le montre Rousset à propos des mineurs, il s'agit avant tout de permettre au médecin de s'affranchir du formalisme de la procédure si l'urgence prime ^[1]. Le législateur ne définit pas l'urgence mais il suppose des conditions d'exercice où tout formalisme est mis de côté face à la priorité que constitue l'état de santé et le traitement. Un contrôle des juges peut être effectué a posteriori ^[1]. Les principes qui peuvent guider le médecin urgentiste sont les suivants : en matière d'information, on entend par urgence un péril vital et imminent. Aux urgences où la relation médecin/malade s'exerce dans des conditions inhabituelles, sans relation durable, l'information orale est primordiale dans une bonne relation de soin. Il est nécessaire de parler, d'expliquer et de remettre un compte-rendu du passage à l'issue des soins ^[16, 17]. « L'accès au dossier ne suffit pas à assurer une information complète et pertinente et la possibilité d'accéder aux informations formalisées ne fait que compléter le droit à l'information » ^[18]. Lorsque l'urgence vitale rend impossible l'information initialement, l'information a posteriori est une nécessité minimale. Les politiques de service doivent mettre en avant la nécessité d'informer les patients et de recueillir leur consentement aux soins sauf lorsque l'urgence ne le permet pas ^[10].

... En pratique

Exercer dans un service d'urgences ne dispense pas de l'information mais peut permettre au médecin de s'affranchir du formalisme de la procédure si l'urgence prime.

Qui peut être informé et qui ne doit pas l'être ? ^[11, 13, 18]

Peuvent être informés

- Le patient et, sauf opposition de sa part :
- ses représentants légaux,
- en cas de diagnostic ou de pronostic grave : la personne de confiance (mandat exprès, justification d'identité), la famille ou les proches,
- en cas de décès : ses ayants droit pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits.

La personne mandatée est tenue au secret des informations et ne peut pas avoir de conflit d'intérêt avec le patient.

Ne doivent pas recevoir d'information

- D'autres professionnels de santé sauf en cas de prise en charge conjointe ou de soins en équipe,
- les proches sauf diagnostic ou pronostic grave et absence d'opposition de la personne,
- les ayants droit, pour les informations non prévues à l'article L. 1110-4,
- l'autorité parentale si l'article L. 1111.5 s'applique.

Comment communiquer ?

Des recommandations sont définies par la Haute Autorité de Santé ^[16, 19]. Il convient d'éviter un formalisme excessif et la

“ Points essentiels

L'information sur son état de santé est un droit de la personne.

C'est une obligation pour le médecin (sauf impossibilité ou refus de la personne).

L'information doit être loyale claire et appropriée.

Elle porte notamment sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les alternatives et les conséquences en cas de refus.

Elle doit être comprise, respecter le droit de la personne à être tenue dans l'ignorance et tenir compte de ses directives anticipées si elles existent.

La charge de la preuve que cette information a été dispensée incombe au médecin et peut être faite par tout moyen.

Toute personne a droit au secret des informations qui la concernent.

Exercer dans un service d'urgences ne dispense pas de l'information mais peut permettre au médecin de s'affranchir du formalisme de la procédure si l'urgence prime.

Cas particuliers :

- en cas d'impossibilité du patient à recevoir l'information (urgence, état de santé), ses proches, en priorité la personne de confiance, doivent être tenus informés. Ceci ne dispense pas d'une information rétrospective du malade dès que possible ;

- pour les mineurs et incapables majeurs : l'information doit être faite aux représentants légaux sauf exception prévue à l'article L-1111.5 du Code de santé publique. Ceci ne dispense pas d'une information adaptée de la personne concernée.

Le dossier médical est un support, à la disposition directe du patient, de la traçabilité des soins et de l'information qui lui ont été donnés.

surabondance d'informations et d'évaluer la qualité de l'information délivrée. L'information orale est primordiale. Elle est destinée à éclairer le patient ou l'utilisateur sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de participer au processus de prise de décision. L'information écrite est un complément de l'information orale destiné à renforcer les connaissances de l'utilisateur pour qu'il puisse mieux participer à la décision ^[16]. Il est conseillé de s'appuyer sur les documents établis par les sociétés savantes et de respecter une méthodologie éprouvée ^[19]. La possibilité d'accéder aux informations formalisées ne fait que compléter le droit à l'information, principe de la loi du 4 mars 2002 ^[18].

Contenu de l'information et consentement

Le consentement aux soins résulte d'une information claire, loyale et appropriée qui porte sur le diagnostic et l'évolution prévisible de la maladie, les investigations et leurs risques, les traitements, en mentionnant les alternatives thérapeutiques et les suites normales après traitement ^[3]. Il obéit aux mêmes règles que l'information dont il résulte.

Qui est responsable de l'information lorsqu'il y a plusieurs médecins ?

Chacun est tenu d'informer le patient sur les soins dispensés. Les praticiens peuvent se concerter sur les modalités de la délivrance mais chacun doit s'assurer que l'information est donnée ^[20]. Dans une équipe soignante, il est nécessaire de préciser les rôles respectifs de chacun. Le secret professionnel concerne l'ensemble du personnel médical et non médical.

Traçabilité de l'information et accès au dossier médical

“ Points essentiels

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé ^[14], de son vivant le malade (ou son représentant légal) est le seul titulaire du droit d'accès à son dossier.

Une information relative à la réglementation et aux aspects pratiques de l'accès au dossier doit être disponible et facilement accessible dans les établissements de soin (art. R. 1112-9 du Code de la santé publique).

Les règles applicables concernant cet accès sont définies par des recommandations de la Haute autorité de santé homologuées par l'arrêté du 5 mars 2004 et les décrets 2003-462 du 21 mai 2003 et 2006-6 du 4 janvier 2006 (articles R. 1111-1 à 1111-16 et R 1112-1 à 1112-9 du Code de santé publique). Ces documents sont disponibles à l'adresse suivante : www.legifrance.gouv.fr.

Informations à noter dans le dossier du malade : information et consentement délivrés, décisions, oppositions du patient pour l'accès aux informations qui le concernent, pour un mineur : demande de l'article L1111.5, personne de confiance, directives anticipées.

Comment prouver que le malade a été informé ?

C'est au médecin de fournir la preuve de l'information ^[4]. C'est une obligation personnelle non déléguable. Elle peut être faite par tout moyen ^[5] : remise d'ordonnance et de document, signalement dans l'observation et le courrier de sortie, témoin (s).

Comment informer le malade de ses droits d'accès à l'information ? ^[17, 18]

Support : information orale, livret d'accueil, affiche (art. R. 1112-9 du Code de la santé publique).

Contenu : composition du dossier, modalités d'accès (accompagnement médical, délais, frais), désignation d'une personne de confiance, possibilité de limiter l'accès aux informations, rappel du caractère strictement personnel des informations.

Accès à l'information : les règles

Conformément à l'article L1111-7 du Code de santé publique, toute personne majeure a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé ^[14]. Les règles applicables concernant la nature et les modalités de cet accès sont définies par des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé homologuées par l'arrêté du 5 mars 2004 et les articles R. 1111-1 à 1111-16 et R. 1112-1 à 1112-9 du Code de santé publique (décrets 2003-462 du 21 mai 2003 ^[17] et 2006-6 du 4 janvier 2006 ^[21]). Ces documents sont disponibles à l'adresse suivante : www.legifrance.gouv.fr.

Accès au dossier : principes et modalités

Article L1111-7 du Code de santé publique : toute personne a accès aux informations concernant sa santé : informations formalisées qui ont contribué au diagnostic et au traitement, ont fait l'objet d'échanges écrits, (examens, consultations, intervention, traitements, surveillances, correspondances) à l'exception d'informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant ces tiers.

Modalités de l'accès au dossier ^[17, 18] :

- accès direct ou par un médecin désigné ;
- sur place ou par envoi de copies ;
- au plus tard dans les 8 jours (2 mois si plus de 5 ans) ;
- la présence d'une tierce personne peut être recommandée pour des motifs tenant aux risques de la révélation ;
- hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et hospitalisation d'office (HO) : la consultation peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné ;
- en cas de décès, les ayants droit ont accès au dossier dans les mêmes conditions.

Qui a accès au dossier ?

- Le patient ;
- la personne de confiance, mandatée par lui (mandat exprès, justification d'identité) ;
- ses représentants légaux sauf si l'article L 1111.5 s'applique ;
- en cas de décès : ses ayants droit pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits ;
- le médecin désigné le cas échéant comme intermédiaire par une de ces personnes ;
- les professionnels de santé participant aux soins (en cas de dossier partagé).

Quels en sont les éléments communicables ? ^[17, 18]

Éléments communicables

Informations auxquelles est donné un support avec l'intention de les conserver :

- informations formalisées au cours de l'hospitalisation, du passage aux urgences ou en consultation ;
- informations formalisées établies à la fin du séjour.

Éléments non communicables

Notes personnelles intransmissibles : celles qui ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées, échangées.

Informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique et/ou concernant ces tiers.

Comment organiser la communication du dossier ?

- Procédure écrite de l'hôpital.
- Réponse centralisée ou non.
- Communiquer au malade le caractère strictement personnel des informations.
- En cas de dossier partagé : chaque praticien communique les éléments qui le concernent. Une procédure d'établissement pouvant impliquer un médiateur paraît souhaitable.

Accès au dossier informatisé

Il est régi par les articles R 1111.9 à 16 du décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel : ce document est disponible à l'adresse suivante : www.legifrance.gouv.fr.

Quels éléments relatifs à l'information faire apparaître dans le dossier ?

Éléments utiles pour le praticien : information donnée, consentement reçu, décisions prises.

Éléments utiles pour le malade : il est recommandé de faire apparaître dans le dossier une mention actualisée et vérifiée de manière régulière concernant les choix de la personne pour l'accès aux informations de santé et leur transmission ^[18] :

- refus de la personne d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé ;
- refus éventuel que des proches soient informés ;
- refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès ;
- refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale (L 1111.5) ;

- identification de la personne de confiance qui sera informée et consultée au cas où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ;
- souhait de la personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic, sauf affection transmissible, ou d'un pronostic ;
- directives anticipées [21].

Cas particuliers et limites

Personne mineure [1, 22]

L'information sur les actes médicaux doit être répartie entre le mineur et ses représentants légaux. Chaque enfant a le droit de recevoir une information adaptée à son âge et à son développement sur les soins qu'il reçoit. Ses représentants légaux doivent recevoir cette information car ils ont la mission de protéger sa santé, sa moralité et sa sécurité. Chacun d'eux doit recevoir la même information. Ce principe s'applique même en cas de conflit, divorce ou séparation sauf décision contraire du juge. Lorsqu'il y a impossibilité matérielle de solliciter le consentement des parents, le médecin doit donner les soins nécessaires. Pour les actes usuels, le consentement d'un des parents suffit (sont exclus : les traitements lourds ou nécessitant une hospitalisation prolongée, les limitations ou arrêts de soins).

Sous certaines conditions, en application de l'article L. 1111.5 du Code de santé publique, un mineur peut refuser que ses représentants légaux soient informés sur son état de santé lorsque cette information a pour but la recherche de leur consentement à des soins. Le médecin doit avoir tout fait pour le convaincre de les informer. En cas de refus du mineur, il doit être accompagné d'une personne majeure de son choix.

Seuls les titulaires de l'autorité parentale ont le droit d'accès au dossier médical du mineur. La demande du mineur de bénéficier de l'article L. 1111.5 doit être mentionnée dans le dossier médical. Lorsque c'est le cas, cet accès leur est interdit.

Personne de confiance et directives anticipées [23]

La prise en compte des opinions et des options fondamentales de vie du patient est exigible pour tout soin. Quand ceci n'est plus possible (coma, démence sévère...), la connaissance des positions antérieures du patient éclaire la conduite médicale. Une directive anticipée établie avant toute pathologie peut être à ce titre d'une aide précieuse, surtout si elle est confirmée par le malade au moment où la question se pose concrètement pour lui. Cette pratique encore limitée devrait être encouragée. La désignation d'une personne de confiance, qu'elle soit faite formellement et selon les règles ou qu'elle soit implicite mais reconnue et acceptée par l'ensemble de la communauté, est une étape d'anticipation. Le tuteur, représentant légal et gestionnaire des biens du patient, n'est pas automatiquement dépositaire de la mission de personne de confiance.

Démences sévères

Pour un patient ayant une démence sévère, le terme de consentement, au sens de l'expression d'une autonomie complète, est inapproprié. Dans ce contexte, il est recommandé [23] de rechercher la désignation antérieure d'une personne de confiance et des directives anticipées et, si possible, de recueillir un assentiment (accord de participation basé sur une compréhension incomplète) de la personne par des signes marquant un climat de confiance. En parlant avec le malade, de façon aussi simple et adaptée que possible, on recherche des signes d'acceptation par ce que le malade peut encore dire ou par ses attitudes. Les éléments sont à noter dans le dossier, de façon à créer ainsi, pour l'entourage familial et professionnel, un signe clair que le malade demeure un sujet à qui l'on parle et n'est pas un objet de soins dont on parle, même si c'est pour son bien.

Situations de fin de vie : loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie : droit au « laisser mourir »

Les situations de fin de vie sont fréquentes en service d'urgences [24]. Faisant suite à une proposition présentée par le député Jean Leonetti, la loi du 22 avril 2005 [25] a modifié le Code de la santé publique en précisant les droits de la personne et du médecin dans ce contexte. Les principaux points de la loi du 22 avril 2005 sont les suivants.

Redéfinition de l'acharnement thérapeutique

Les soins médicaux « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Inutiles ou disproportionnés (...) ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris ».

Obligation d'information

Si le médecin applique un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit informer le malade, la personne de confiance, la famille ou un proche (article 2).

Dans le cas d'un malade conscient en fin de vie : lorsque le malade, « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (...) décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté, après l'avoir informé des conséquences de son choix ».

Dans le cas d'un malade hors d'état d'exprimer sa volonté : « (...) La limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé (...) sans que la personne de confiance, ou la famille ou, à défaut, un de ses proches, et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés » (article 5).

Le cas du refus de traitement par le malade exposé à l'article 4 sera abordé au chapitre du refus de soins.

Respect d'une procédure

Le médecin « peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le Code de déontologie et consulté la personne de confiance, la famille ou à défaut un de ses proches, et le cas échéant, les directives anticipées de la personne » (article 9).

Prise en compte des directives anticipées

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté » (article 7). Elles sont révoquées à tout moment et doivent avoir été établies moins de 3 ans avant l'état d'inconscience.

Renforcement du rôle de la personne de confiance

Lorsqu'un malade, « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (...) et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions prises par le médecin » (article 8).

Traçabilité des décisions

Les décisions prises conformément aux articles 2, 5, 6 et 9 doivent être consignées dans le dossier médical du patient.

■ Refus de soins en médecine d'urgence

Le refus de soins suscite souvent chez le médecin incompréhension et frustration. En effet, comment comprendre que ce que l'on estime le mieux pour le patient soit refusé par lui ? Or, l'information médicale a maintenant largement dépassé les limites de la seule formation professionnelle des médecins. Les patients bénéficient même d'une surinformation médicale. Ils sont devenus plus critiques, et parfois même suspicieux quant aux solutions thérapeutiques proposées. Cette situation de refus

“ Points essentiels

Objectifs de lecture

Connaître les bases juridiques du refus de soin. Comprendre les limites du droit au refus de soins. Savoir gérer un refus de soins par un patient et prendre les précautions pour éviter ultérieurement la mise en cause du médecin.

Connaître la conduite à tenir dans les cas particuliers suivants : tentative de suicide, personne sous l'emprise de toxique, mineur.

survient de plus dans un contexte d'urgence qui ne facilite pas la sérénité et l'incompréhension cède parfois le pas au conflit. Dans ce chapitre, nous aborderons les textes qui régissent le refus de soins, la gestion de cette situation en service d'urgence, puis les cas particuliers que représentent le mineur, la personne en état d'ivresse, la tentative de suicide.

Textes

“ Points essentiels

Textes régissant la situation de refus des soins par un patient :

- Code de déontologie, articles 9, 36, 47 et 48
- Code de la santé publique, art. L1111-4
- Code pénal, art. 223-6
- Code civil, art. 16-3
- Décret 74-27 du 14 janvier 1974

Droits du patient : le consentement

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la recherche du consentement du malade est un préalable à tout acte diagnostique ou thérapeutique. Ce consentement doit être basé sur une information loyale, claire et appropriée, principe déontologique énoncé dans l'article 35 : « *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* » [2]. Outre les caractéristiques du consentement, le code de déontologie de 1995 prévoit également l'obligation de le rechercher systématiquement (article 36) : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus ou informés, sauf urgence ou impossibilité.* » Mais c'est en fait à la suite de la publication de la loi dite de « bioéthique » du 29 juillet 1994 que le principe de la recherche du consentement est introduit dans le Code civil à l'article 16-3 : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. 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.* » Dans la charte du patient hospitalisé (circulaire du 6 mai 1995), nous pouvons lire que « *tout patient, informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls* ». Ce principe a été réaffirmé par la loi du 4 mars 2002 [10] : « *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. » L'évolution s'est donc nettement faite dans un sens de responsabilisation du malade qui devient un acteur de sa prise en charge. Contrastant avec des relations qui relevaient du paternalisme médical, l'autonomie nouvelle des malades leur permet de participer activement aux décisions qui les concernent et améliore donc leur adhésion au projet thérapeutique.

Devoirs du médecin

L'obligation de soins pèse sur le médecin. Il s'agit d'un devoir moral. Il s'agit aussi d'un devoir professionnel, énoncé dans le Code de déontologie à l'article 9 : « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.* » L'article 48 du même code précise même que : « *Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi.* »

La notion du devoir d'assistance a fait irruption dans le Code pénal par une ordonnance de 1945 (article 63 alinéa 2). L'article 223-6 du Code pénal définit l'infraction d'omission de porter secours, punissant de « *5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende (...)* quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour des tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ». Cette infraction est réalisée si la personne est réellement en danger (il ne s'agit pas nécessairement d'un risque vital), si le médecin a été averti de ce danger et s'il s'abstient volontairement d'effectuer les actes nécessaires.

Droit au refus de soins

Il est maintenant établi que le patient peut ne pas accepter une proposition de soin. Quant à lui, le médecin ne souhaite pas se voir reprocher une absence de soins ou des soins défectueux. Pour lui, deux écueils peuvent se présenter : accepter trop facilement le refus et s'abstenir (ce qui pourrait être considéré comme une omission de porter secours), ou passer outre le refus et imposer les soins (ce qui irait à l'encontre du respect de l'autonomie et de la liberté individuelle du patient).

La jurisprudence a précisé les contours possibles de l'intervention médicale en pareille situation, notamment en cas de refus de transfusion. Le 9 juin 1998, un arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris énonçait que « *ne saurait être qualifié de fautif le comportement des médecins qui, dans une situation d'urgence, lorsque le pronostic vital est en jeu et en l'absence d'alternative thérapeutique, pratiquent des actes indispensables à la survie du patient et proportionnés à son état, fût-ce en pleine connaissance de la volonté préalablement exprimée par celui-ci de les refuser pour quelque motif que ce soit* ». Il s'agissait de deux patients refusant une transfusion pour des motifs religieux, dans un contexte d'anémie pour l'un et d'hémorragie pour l'autre. La cour administrative d'appel a mis trois conditions strictes et cumulatives à cette possibilité de passer outre le refus du malade : l'existence d'une mise en jeu du pronostic vital, l'absence d'alternative thérapeutique, la réalisation des seuls actes thérapeutiques proportionnés à l'état du malade et indispensables à sa survie. Un arrêt d'Assemblée du Conseil d'État du 26 octobre 2001 donne raison aux médecins qui ont transfusé une patiente contre son gré, celle-ci ayant perdu un tiers de sa masse sanguine. Il a été considéré qu'il s'agissait là du seul moyen de sauvegarder la vie de la malade.

La loi du 4 mars 2002 réaffirme le principe du consentement préalable. Elle indique [10] : « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne...* ». Elle prévoit même que le consentement donné n'est pas immuable [10] : « *...et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Elle indique en outre que le médecin doit [10] : « *... respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* ». Elle prévoit enfin le refus de soins [10] : « *Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical* ».

L'application de la loi du 4 mars 2002 a donné lieu à une jurisprudence abondante. Une ordonnance de référé du tribunal de grande instance de Lyon du 9 août 2002 enjoignait les médecins de ne pas transfuser une malade « contre son gré et à son insu », mais que cette injonction cesserait si la malade « venait à se trouver dans une situation extrême mettant en jeu un pronostic vital ». Saisi en appel, le Conseil d'État a estimé que le médecin devait persuader la malade d'accepter les soins indispensables et s'assurer que la transfusion était « un acte proportionné et indispensable à la survie de l'intéressée ». Cette ordonnance du Conseil d'État du 16 août 2002 est à l'heure actuelle la référence jurisprudentielle la plus importante concernant l'interprétation de l'article L. 111-4 du Code de la santé publique. Le Conseil d'État y a formulé un attendu de principe qui indique : « Considérant que le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en l'état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale ; que toutefois les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale, telle qu'elle est protégée par les dispositions de l'article 16-3 du Code Civil et par celles de l'article L. 111-4 du Code de la Santé publique, une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ; que le recours dans de telles conditions, à un acte de cette nature n'est pas non plus manifestement incompatible avec les exigences qui découlent de la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et notamment de son article 9 ».

Il a donc été confirmé que le médecin ne pouvait plus imposer sans discernement un acte thérapeutique jugé par lui indispensable, mais qu'il devait élaborer une stratégie thérapeutique en tenant compte de la volonté du malade et de l'éventuelle mise en jeu du pronostic vital. Le droit de donner ou non son consentement devient une liberté fondamentale. Le médecin, confronté à un refus de soins, doit tout mettre en œuvre pour obtenir le consentement. À défaut de l'obtenir, il ne peut intervenir contre la volonté du patient qu'en cas de mise en jeu du pronostic vital, pour le sauver, en l'absence d'alternative thérapeutique, en ne pratiquant que les actes indispensables et proportionnés à l'état du malade. La protection de la vie prévaut finalement sur le respect du consentement qui perd son caractère absolu. Mais cette prévalence est assortie de conditions strictes. C'est ainsi qu'une ordonnance de référé du tribunal administratif de Lille du 25 août 2002 a donné raison à une jeune témoin de Jéhovah de 25 ans qui refusait une transfusion, indiquant que « le refus de respecter la volonté de la patiente n'était pas rendu nécessaire du fait d'un danger immédiat pour sa vie ».

Contexte de l'urgence

Dans la pratique quotidienne de l'urgence, il y a heureusement peu de situations où le pronostic vital est directement engagé à court terme. C'est par exemple le cas des détresses cardiocirculatoires ou respiratoires, des hémorragies massives ou des comas. Les autres situations, plus fréquentes, laissent le temps de la recherche du consentement : patient refusant une immobilisation plâtrée, une intervention chirurgicale, une surveillance hospitalière... Il revient au médecin d'exposer clairement, d'une manière compréhensible par le patient, les enjeux qui président à la décision médicale. Cet effort d'explication et de persuasion est nécessaire malgré la contrainte de temps qui est celle de l'urgentiste et ce mode d'exercice ne saurait dispenser le médecin de l'impérative recherche du consentement.

Une autre particularité de la pratique médicale en service d'urgence est d'y être souvent confronté à des patients dont le consentement ne peut être obtenu. Il s'agit des patients déments, sous l'effet de l'alcool ou de substances psychotropes, ou présentant des altérations transitoires ou définitives de la conscience. La loi du 4 mars 2002 prévoit cette situation en indiquant la conduite à tenir en cas d'intervention diagnostique ou thérapeutique ^[10] : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de

confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ». Elle prévoit également la problématique de l'abstention thérapeutique ^[10] : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical ». Nous pouvons observer que dans les deux hypothèses (intervention ou abstention chez une personne incapable de consentir), le médecin ne peut s'affranchir de la recherche du consentement. Cette démarche est à effectuer auprès de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche. Il est même prévu que le malade puisse avoir donné des instructions préalables, sorte de testament dans lequel le patient précise les actes auxquels il consent. Dans l'hypothèse de l'intervention sur la personne incapable de consentir, il est prévu que l'urgence ou l'impossibilité soient des dérogations au principe de la consultation de l'entourage. Nous pouvons imaginer que la situation sera appréciée au cas par cas par les tribunaux et que le médecin urgentiste devra justifier d'une réelle nécessité d'intervenir très rapidement s'il s'affranchit de la recherche du consentement.

La loi du 4 mars 2002, a également envisagé la situation de la personne mineure. Dans une optique de responsabilisation du patient, elle prévoit que la personne juridiquement incapable soit également consultée lorsque des soins s'avèrent indispensables ^[10] : « 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. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ». L'enfant ou le majeur protégé doivent être capables de participer à la décision, ce qui implique une nécessaire compréhension, au moins minimale, des déterminants qui conduisent à la décision médicale. La loi introduit une nouvelle exception à la recherche du consentement dans la mesure où le médecin peut s'affranchir du refus de soins exprimé par les parents ou le tuteur lorsque que la santé de l'enfant ou du majeur protégé est gravement menacée. L'exception est également valable lorsque le mineur ne souhaite pas que les parents soient informés des soins prévus ^[11] : « Par dérogation à l'article 371-2 du Code Civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

En pratique, comment gérer un refus de soins aux urgences (et se prémunir contre une éventuelle plainte)

Nous n'abordons pas ici le cas du danger immédiat pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Nous avons vu que la loi et la jurisprudence permettent au médecin d'agir sans que soit systématiquement recherché le consentement du malade ou de son entourage. Il s'agit de l'urgence vitale, nécessitant par exemple intubation et ventilation devant une détresse respiratoire, ou une transfusion devant une hémorragie massive.

Pour ce qui est des actes d'urgence qui peuvent être éventuellement différés de quelques heures, le recueil du consentement est un préalable. Il suppose une information claire, adaptée au patient, sans omettre les éventuels effets indésirables ou conséquences négatives. Cette information doit être mentionnée dans le dossier médical et il est recommandé, avec l'accord du

malade, sans que ce soit une obligation, d'en faire part à l'entourage familial proche s'il est présent. Cette situation idéale se conclut normalement par l'acceptation et la participation active à la démarche thérapeutique envisagée. Il est évident que le respect de cette démarche d'explication limite les refus de soins motivés par une mauvaise compréhension de la démarche médicale.

En cas de refus de soins, le médecin ne doit pas s'incliner facilement. La tentation est grande, compte tenu du climat de conflit qui se profile, et des impératifs de temps qui sont ceux de l'urgentiste, souvent soumis à la « pression de la salle d'attente pleine ». Néanmoins, cette acceptation pourrait plus tard lui être reprochée, sur le fondement de l'omission de porter secours. Le médecin doit donc prendre le temps nécessaire à une véritable démarche pédagogique. Il doit reformuler, expliquer, décrire quelle va être la prise en charge (anesthésie locale ou générale, nombre de jours d'hospitalisation, période de convalescence...) en insistant sur les bénéfices de la conduite à tenir proposée. Il doit rassurer le patient dont le refus est parfois lié à une peur du traitement envisagé. Il doit tenter de convaincre le malade, le rallier à sa position, et ce pendant un temps suffisamment long. Il peut s'appuyer sur l'avis d'un autre confrère du service d'urgences, sur celui d'un spécialiste d'une autre discipline, sur celui du médecin traitant, voire sur l'entourage familial s'il est acquis à l'avis du médecin et dans le respect du secret professionnel. Il doit éviter d'effrayer le patient et son entourage en mentionnant inutilement des risques inconsidérés (le « risque de mort » est souvent mis en avant pour tenter de convaincre un patient de rester à l'hôpital), sous peine de se décrédibiliser et d'aggraver la perte de confiance. Parfois, des compromis peuvent être trouvés en termes de délai ou de lieu d'intervention, permettant au patient une meilleure organisation personnelle.

Lorsque le patient persiste dans son refus, une pratique fréquente consiste à lui faire signer une « décharge », qui n'a en fait de décharge que le nom, puisqu'elle n'exonère en rien le médecin de ses obligations déontologiques et légales et ne le met pas à l'abri d'une condamnation. Elle n'aura finalement que peu de poids devant un tribunal si un médecin se voit reprocher d'avoir cédé trop facilement devant le refus de soins. Seront plutôt examinés le temps qui a été consacré au patient, la qualité des informations fournies, leur compréhension par le malade. Le médecin a maintenant la charge de la preuve qu'il a effectivement délivré une information de qualité. C'est pourquoi il est utile de procéder devant témoins (membre de l'équipe de soins, proche du malade) et de mentionner ces démarches dans le dossier médical. Une signature du patient attestant avoir pris connaissance et compris les explications médicales peut être utile, mais elle ne saurait représenter l'essentiel. Dans certains services d'urgence, un document-type attestant le refus de soins est complété par le patient. C'est un document utile, qui contribue à constituer la preuve au même titre que les éléments figurant au dossier médical. Il a le mérite d'établir que le refus a été « libre », « éclairé » et « certain ». Certains auteurs recommandent d'adresser un double de ce document au Conseil départemental de l'Ordre.

Une autre attitude à proscrire est celle qui consiste à ne pas se préoccuper du devenir du patient qui a maintenu son refus, voire parfois à le priver de son dossier médical. Outre le fait que cette attitude est contraire aux principes déontologiques (article 47 : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée* »), un refus exprimé en un lieu donné et à un moment donné pourra être reconsidéré par le malade un peu plus tard ou dans un autre hôpital. Il est donc indispensable de donner au patient un double de son observation médicale, une copie des résultats des examens complémentaires et une lettre destinée au médecin traitant. Les ordonnances nécessaires et les certificats doivent être délivrés. Il y a lieu de lui indiquer qu'il peut revenir dans le service s'il vient à accepter les soins proposés. Enfin, il nous semble indispensable que l'ensemble de cette procédure soit confiée à un médecin expérimenté. Outre que l'interne n'est pas apte à décider seul de la sortie d'un patient, la négociation qui doit s'engager avec le

malade nécessite maturité et expérience. Il est en effet indispensable de connaître tous les rouages du fonctionnement de l'établissement hospitalier et du système de soins extrahospitalier pour pouvoir éventuellement proposer des solutions alternatives au patient.



Cas particuliers

Refus de soins chez le suicidant

Forcé est de constater que le législateur n'a pas prévu de disposition particulière pour cette situation et ce sont les dispositions générales qui ont vocation à s'appliquer. Dès lors, nous devons distinguer deux cas : celui où l'état de conscience est parfaitement conservé (exemple de la phlébotomie) et celui où l'état de conscience est fluctuant, alternant phases d'éveil (et expression du désir de sortie) et phases de somnolence (exemple de la tentative de suicide médicamenteux). Le patient qui ne présente pas de trouble de conscience pourrait être considéré comme une personne capable de consentir valablement aux soins et le médecin serait alors dans l'obligation de respecter sa décision, dans les conditions que nous avons évoquées plus haut : écoute, reformulation, explication, demande d'avis spécialisé en psychiatrie, organisation d'un suivi auprès du centre médicopsychologique dont relève le patient... Nous devons cependant évoquer une réserve. Si la démarche suicidante s'inscrit dans un contexte de pathologie psychiatrique lourde (mélancolie, psychose...), il nous semble qu'alors le consentement ne puisse être valablement exprimé. La législation sur l'hospitalisation sous contrainte doit être appliquée. Nous rappelons qu'une personne ne peut être admise en hospitalisation sur demande d'un tiers en établissement spécialisé (article L. 3212-1 du Code de la santé publique) que si ses troubles rendent impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Le patient présentant des troubles de conscience, même fluctuants, ne peut être considéré comme capable de donner valablement son consentement aux soins. Or, il nous apparaît que l'altération de la conscience représente un danger immédiat pour la personne et qu'un médecin pourrait se voir reprocher de ne pas avoir pratiqué les soins nécessaires (surveillance, éventuelle ventilation assistée...). Nous sommes dans le cadre de l'urgence qui dispense le médecin de la recherche du consentement, ce qui ne l'empêche pas de s'enquérir éventuellement de l'avis des proches.

Refus de soins chez le patient alcoolisé

Il s'agit là aussi d'une situation particulièrement fréquente pour laquelle le législateur n'a pas prévu de disposition particulière. Et pour cause, puisqu'il existe de multiples cas d'espèces entre l'alcoolisation modérée et bien supportée chez un patient calme et l'alcoolisation importante entraînant un état d'agitation et l'impossibilité de communication. L'appréciation de l'état clinique du malade va conditionner la conduite à tenir en cas de refus de soins.

Dans l'hypothèse où il s'agit d'une alcoolisation modérée (éventuellement attestée par la réalisation d'un dosage sanguin), que le patient est capable de comprendre quels sont les enjeux et les conséquences éventuelles de son refus de soins et qu'il est à même de garder en mémoire au fur et à mesure les éléments qui lui sont donnés, il nous semble difficile de ne pas accepter le refus de soins ainsi exprimé.

Dans toutes les autres situations où ces conditions ne sont pas remplies, le consentement ne peut être valablement donné. Nous ne sommes pas pour autant dans une situation de détresse vitale permettant au médecin de passer outre ce consentement. Comme il s'agit ici d'un état a priori transitoire (l'alcoolémie va diminuer au cours des heures suivantes), nous conseillons de temporiser pour permettre un réexamen du refus de soins une fois la défervescence éthylique obtenue. Il n'y a donc pas lieu d'entreprendre d'acte thérapeutique d'importance durant cette période, sauf ceux qui ne sauraient être différés de quelques heures. Là aussi, le recours à des tiers (famille, proches, services sociaux...) nous semble indispensable pour tenter d'obtenir le

consentement. Cette temporisation peut nécessiter une éventuelle contention chimique, parfois seule et ultime ressource pour assurer une protection du patient.

Il a été préconisé de recourir dans de telles circonstances à une hospitalisation sous contrainte. Nous rappelons ici que cette hospitalisation ne peut être décidée qu'en raison de troubles psychiatriques et en établissement spécialisé prévu à l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique. Le médecin qui utiliserait ce moyen pour garder à l'hôpital un patient en état d'ivresse aiguë pourrait se voir poursuivre pour internement abusif, sauf à prouver que cette mesure est prise dans le cadre d'une alcoolisation pathologique nécessitant des soins en milieu psychiatrique (ce qui est très difficile à établir en urgence). De même, l'admission en cellule de dégrisement dans un local de police ou de gendarmerie ne semble pas non plus une bonne solution puisqu'elle éloigne le patient de l'hôpital si des soins sont nécessaires.

Refus de soins chez le mineur

La situation est sensiblement différente des cas précédents, dans la mesure où la loi du 4 mars 2002 dispose que « 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 ». Cette aptitude peut être difficile à déterminer. Elle dépend du degré de maturité de l'adolescent et de son contexte familial et socioculturel. De plus, les adolescents se placent parfois systématiquement dans une position de refus. L'éventuel consentement obtenu auprès du mineur ne saurait de toute façon se substituer à celui des parents ou du représentant légal, qui en cas de refus de l'adolescent pourra prendre une décision conforme aux conseils des médecins. La loi prévoit également la situation inverse où des parents s'opposeraient à une thérapeutique (la loi vise les dérives sectaires) risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur. Dans ce cas, le médecin est autorisé à passer outre et à délivrer les soins, en informant le Procureur de la République pour le mineur ou le juge des tutelles pour le majeur protégé. Nous notons que cette disposition s'applique de manière évidente en cas de danger avéré (nécessité de transfuser en cas d'hémorragie), elle peut être plus difficile à appliquer lorsqu'il s'agit d'un danger à moyen ou long terme (refus de vacciner l'enfant). Dans les deux cas, il nous apparaît utile d'informer l'autorité judiciaire sur un comportement qui peut être préjudiciable au mineur.

Refus de soins en fin de vie

Dans ce cadre, les dispositions générales que nous avons évoquées ci-dessus doivent s'appliquer de la même manière, en distinguant les refus exprimés consciemment et ceux qui le sont dans un contexte de démence. Dans cette dernière hypothèse, le consentement ne peut être considéré comme valable et il devra être recherché auprès de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche.

Aux âges avancés de la vie, refus de soins peut signifier désir de mourir plus tôt. Il peut être demandé au médecin de ne pas pratiquer tel ou tel soin afin d'écourter la vie. Il s'agit de l'euthanasie passive, qui consiste à arrêter le traitement nécessaire au maintien de la vie. Le médecin peut alors être mis en cause pour non-assistance à personne en péril. La législation française vient d'évoluer sur ce point puisque la loi sur la fin de vie du 22 avril 2005 instaure un « droit au laisser mourir » : elle autorise la suspension des soins médicaux lorsqu'ils sont « inutiles, disproportionnés, ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie ». Nous notons qu'elle ne concerne certainement pas les soins courants ou les traitements habituels, mais plutôt les actes diagnostiques ou thérapeutiques comportant de grands risques ou n'ayant pour effet que de prolonger la vie de manière artificielle. Nous sommes en attente de la jurisprudence qui découlera de cette nouvelle disposition législative.

Conclusion

L'information du malade a pris une part prépondérante dans sa relation avec le médecin. La possibilité de consentir ou de

“ Points essentiels

Pour tout acte diagnostique ou thérapeutique, la recherche et l'obtention du consentement du patient sont indispensables.

Le patient a le droit de refuser un acte proposé par le corps médical et ce refus doit de principe être respecté.

En cas de refus, le médecin a le devoir de ne pas s'incliner trop facilement, il doit tout mettre en œuvre pour tenter de convaincre son patient.

Le document de « sortie sur décharge » ou « d'attestation de refus de soins » n'a aucune valeur juridique, ce n'est qu'un élément de preuve supplémentaire au dossier médical et aux témoignages oraux.

La jurisprudence admet que le médecin passe outre le refus de soins lorsqu'il existe un danger immédiat pour la vie du patient.

Chez le patient dont l'état de conscience est altéré, sauf urgence où il est autorisé à agir, le médecin doit s'appuyer sur la personne de confiance ou la famille.

Le refus de soins d'une personne alcoolisée ne peut donner lieu à une HDT.

Chez le mineur ou le majeur protégé, le consentement doit être recherché mais l'assentiment des parents ou du représentant légal est prépondérant. Dans le cas où des parents s'opposeraient à un acte nécessaire à leur enfant, le médecin peut passer outre en cas d'urgence et il doit en informer l'autorité judiciaire.

En fin de vie, la loi autorise la suspension des soins inutiles disproportionnés, ou qui n'ont d'autre but que le maintien artificiel de la vie.

refuser un acte médical est devenue liberté fondamentale. Les praticiens vont devoir se défaire du paternalisme médical et accorder une place à ce nouveau droit consacré par la loi du 4 mars 2002 et par la jurisprudence. Même aux urgences, la volonté du malade doit être respectée si le refus de soins est exprimé en toute conscience et en dehors du contexte de la détresse vitale. Cette évolution nécessite de consacrer du temps à cet aspect de la prise en charge et de déployer des efforts de pédagogie. Le médecin urgentiste, respectueux d'une relation équilibrée avec son patient, privilégiant l'écoute et l'explication, trouvera ainsi l'occasion de cultiver la confiance indispensable à une prise en charge médicale de qualité.



Références

- [1] Rousset G. Le mineur en établissement de santé. In: *Droit et pratique du soin*. Paris: éditions Lamarre; 2004. p. 35-61.
- [2] Code de déontologie médicale, art.35 (art. R. 4127-35 du code de la santé publique).
- [3] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. *JO* du 5 mars 2002;4118.
- [4] Cour de cassation, chambre civile 1, 1997-02-25. *Bull Civil* 1997; (n°75):49.
- [5] Cour de cassation, chambre civile 1, 1997-10-14. *Bull Civil* 1997; (n°278):188.
- [6] Cour de cassation, chambre civile 1, 1998-10-07. *Bull Civil* 1998; (n°287):199.
- [7] Conseil d'État, 5 janvier 2000, Consorts Telle. *Rev Droit Sanit Soc* 2000;357.
- [8] Cour de cassation, chambre civile 1, 2000-07-18. *Bull Civil* 2000; (n°227):149.
- [9] Code de la Santé publique, art. L. 1111-2. (18^e édition) Paris: Dalloz; 2004.
- [10] Code de la Santé publique, art. L. 1111-4. (18^e édition) Paris: Dalloz; 2004.

- [11] Code de la Santé publique, art. L. 1111-5. (18^e édition) Paris: Dalloz; 2004.
- [12] Code de la Santé publique, art. L. 1111-6. (18^e édition) Paris: Dalloz; 2004.
- [13] Code de la Santé publique, art. L. 1110-4. (18^e édition) Paris: Dalloz; 2004.
- [14] Code de la Santé publique, art. L. 1111-7. (18^e édition) Paris: Dalloz; 2004.
- [15] Code de la Santé publique, art. L. 1112-1. (18^e édition) Paris: Dalloz; 2004.
- [16] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Information des patients. Recommandations destinées aux médecins*. Paris: ANAES; 2000.
- [17] Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 (annexes) : accès aux informations personnelles détenues par les établissements de santé. *JO* du 27 mai 2003.
- [18] Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. *JO* 17 mars 2004;(n°65):5206.
- [19] Haute Autorité de Santé. *Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique*. Haute Autorité de Santé; 2005.
- [20] Code de déontologie médicale, art. 64 (art. R. 4127-64 du code de la santé publique).
- [21] Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 art. 1. *JO* du 5 janvier 2006.
- [22] Dupont M, Rey-Salmon C. L'enfant, l'adolescent à l'hôpital. In: *Les guides de l'APHP*. Paris: Doin/éditions Lamarre; 2002. p. 2-11.
- [23] Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère. *Rev Gériatr* 2005;**30**:627-40.
- [24] Le Conte P, Amelineau M, Trewick D, Batard E. Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence. Analyse rétrospective sur une période de 3 mois. *Presse Med* 2005;**34**:566-8.
- [25] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *JO* 23 avril 2005 (rectificatif, *JO* du 20 mai 2005;(n°116)).

Pour en savoir plus

Dupont M, Rey-Salmon C. L'enfant, l'adolescent à l'hôpital. In: *Les guides de l'APHP*. Paris: Doin/éditions Lamarre; 2002.

Roussel G. Le mineur en établissement de santé. In: *Droit et pratique du soin*. Paris: éditions Lamarre; 2004.

www.legifrance.gouv.fr

www.conseil-national.medecin.fr

www.has-sante.fr

T. Jacquet-Francillon (tfrancillon@ch-bourg01.fr).

Service des urgences, centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, 01012 Bourg-en-Bresse, France.

S. Tilhet-Coartet.

Service d'accueil des urgences chirurgicales, hôpital Édouard-Herriot, 69437 Lyon cedex 03, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Jacquet-Francillon T., Tilhet-Coartet S. Information, consentement et refus de soins. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-A-20, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations