

Refus de soins : ce qu'il faut savoir

Ces dernières années, l'évolution des mentalités, des lois (en particulier la loi Kouchner de mars 2002) et de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale a conduit à des évolutions importantes en matière de refus de soins. Mise au point et conseils d'un confrère pneumologue sur cette délicate question.

Les limites, d'une part, entre le refus de soins dans le cadre du respect de la liberté individuelle et la non-assistance à personne en péril et, d'autre part, entre le bénéfice pour le malade et le risque pour le soignant sont souvent difficiles à définir. Quelle que soit la situation, il faut se rappeler que le consentement éclairé du patient aux soins qu'on lui donne est l'un des principes majeurs de la déontologie médicale. Par ailleurs, il est de plus en plus nécessaire d'établir une « décharge » de responsabilité qui, pour être recevable lors d'un éventuel procès, doit comporter un certain nombre d'informations. Cet écrit intervient au titre des moyens et des preuves et ne constitue en aucun cas une cause d'irresponsabilité. Ne seront pas développés ici les refus de soins de la part du médecin, ni ceux intervenant dans le cadre de la fin de vie (encadré spécifique), ni l'injonction de soins abordée par C. Chouaïd dans notre numéro d'octobre 2004.

Respecter la volonté de la personne après l'avoir informée

La loi du 4 mars 2002 a placé le patient au centre de la décision en matière de soins. L'article L 1111-4 du Code de la santé publique notifie le droit du patient à refuser des soins : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. » Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Ainsi, « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment ». L'article 36 du Code de déontologie médicale reconnaît expressément ce droit au patient. Il énonce, par ailleurs, que « 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 des investigations ou le traitement proposé,

le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ». Néanmoins ce droit au refus de traitement est enserré dans d'étroites limites, puisque, si le refus ou l'interruption de traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables. Par ailleurs, le droit au refus de soins connaît deux exceptions légales dans les hypothèses suivantes :

- la personne est hors d'état de manifester sa volonté ; ses proches devront être consultés sauf urgence ou impossibilité ;
- s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, et lorsque le refus de soins risque d'entraîner pour ce dernier des « conséquences graves ».

Obligations parfois contradictoires

Ces dispositions en faveur du droit des patients ne doivent pas écarter l'obligation de soins qui pèse sur le médecin. L'article 9 du Code de déontologie médicale impose à « 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, de lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ». De plus, le législateur laisse persister le doute concernant l'acte indispensable à la survie et proportionné à l'état du patient. Il y a donc deux obligations pour le médecin : d'une part, respecter la volonté du malade, d'autre part, porter assistance, et leur conciliation est parfois difficile.

La jurisprudence récente (deux arrêts du Conseil d'État en août 2002) apporte quelques éléments de réponse, en particulier à l'occasion de refus de transfusion de témoins de Jéhovah.

Le Conseil d'État a fait injonction à un centre hospitalier de s'abstenir de toute nouvelle transfusion sur un malade qui y était opposé (cette injonction n'aurait plus cours

si la vie de la patiente était en jeu). Par ailleurs, il a interdit à l'équipe soignante d'un hôpital public de procéder à la transfusion sanguine forcée (au motif qu'il n'était pas allégué par l'hôpital que le refus de respecter la volonté de la patiente était rendu nécessaire du fait de la mise en jeu du pronostic vital). *A contrario*, cela revient à dire qu'en cas de situation extrême mettant en jeu le pronostic vital, l'établissement aurait pu passer outre le refus de transfusion.

Quand la vie du patient est en danger

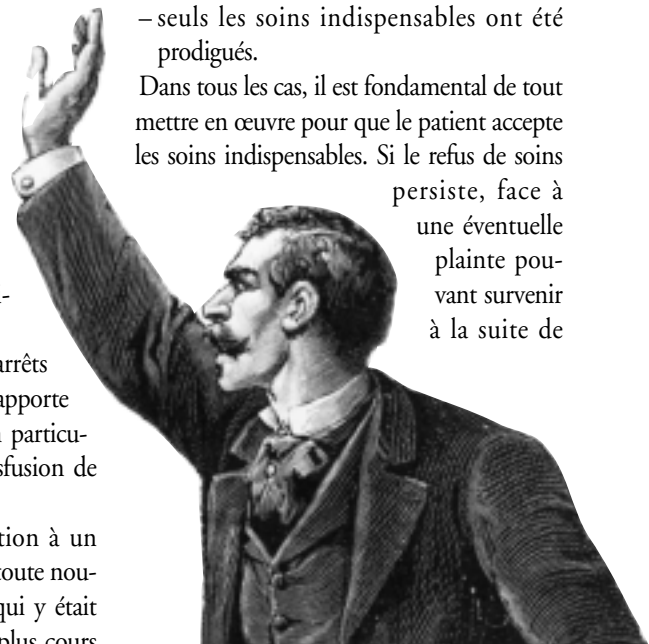
L'ordonnance du 16 août 2002 rappelle que le droit pour le patient de donner son consentement est une liberté fondamentale à laquelle il n'est pas porté atteinte de nature grave et illégale, quand les acteurs de santé, qui ont tout mis en œuvre pour le convaincre, accomplissent un acte indispensable à sa survie.

Et, lorsque la vie du patient est en danger, il convient, pour que le médecin puisse passer outre le refus du patient, de pouvoir affirmer et argumenter que :

- la vie du patient est en danger ;
- le médecin a tout fait pour le faire changer d'avis ;
- seuls les soins indispensables ont été prodigués.

Dans tous les cas, il est fondamental de tout mettre en œuvre pour que le patient accepte les soins indispensables. Si le refus de soins

persiste, face à une éventuelle plainte pouvant survenir à la suite de





conséquences médicales consécutives au refus, il est important de se prémunir en faisant signer au patient une attestation de refus de soins (document ci-joint).

1. Une **bonne tenue du dossier patient**, gage de rigueur et de qualité, est un prérequis indispensable; son défaut sera interprété comme un manquement.

2. La **rédaction d'un certificat de refus de soins, signé par le patient** (et/ou une personne de confiance et/ou un membre de sa famille ou de son entourage et/ou le médecin et/ou deux témoins), permet, même s'il est dénué de valeur juridique, de laisser une trace attestant de l'information délivrée au patient et/ou à la personne de confiance.

Se prémunir d'une éventuelle plainte

Pour que le consentement soit éclairé, il faut être sûr que le patient a compris ce qu'on lui proposait (et est capable de le redire avec ses

mots à lui). Le médecin doit fournir une explication détaillée au patient:

– **sur la nature** des soins proposés, des risques évolutifs en cas de non-traitement. Ces explications devront être répétées si nécessaire. La date et durée de l'entretien, les schémas ou documents explicatifs réalisés à cette occasion devront être notifiés dans le dossier médical.

– **sur la nécessité d'accepter les soins** indispensables à sa survie dans une situation de risque vital;

– **sur la possibilité de poursuivre les soins** dans un autre hôpital par un autre médecin.

Il convient de rappeler que cette attitude de refus de soins, même si le patient est en possession d'un document écrit dans lequel il manifeste son refus de soins et/ou d'hospitalisation, est révoquant à tout moment.

Le médecin doit s'assurer que le patient jouit de toutes ses facultés mentales (être juridiquement capable); et, dans le cas contraire, il

doit consulter la personne de confiance désignée par le malade ou un membre de la famille, à défaut un proche. Par ailleurs, en cas de désaccord entre un patient et son entourage familial, il faut toujours prendre en compte l'intérêt supérieur du patient. Mais attention, la lucidité ou la clairvoyance du patient peut être mise en doute par la famille ou un proche.

Il convient de garder présente à l'esprit la nécessité d'un délai de réflexion et d'une nouvelle réflexion/réévaluation, surtout en cas de risque majeur ou vital.

En conclusion, quelle que soit la situation dans laquelle se trouve le médecin, il lui faut penser à se prémunir au cas où une action en justice serait intentée et être en mesure d'apporter les éléments nécessaires à démontrer la réalité et la qualité de l'information délivrée. ■

*Jean-Michel Berthuin,
Chevilly-Larue*

En résumé

• **Pas d'urgence vitale:** respect du refus de soins avec une information documentée du patient

• **En cas d'urgence vitale:**

– possibilité de passer outre le refus sous certaines réserves;
– respect du refus mais, là aussi, entouré d'un maximum de précautions afin de pouvoir garantir la qualité de l'information délivrée.

• **Erreurs à ne pas commettre**

– Examiner ou tenter d'examiner tout patient refusant les soins;
– Ne pas délivrer d'ordonnances nécessaires aux soins d'un patient sous prétexte qu'il refuse les soins ou l'hospitalisation;
– Oublier de rédiger une observation écrite.

• Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

• Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits des personnes hospitalisées en raison de troubles.

• Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale.

• Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 (article 42), relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

• Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, portant code de déontologie médicale.

• Charte du patient hospitalisé, disponible sur le site de l'assurance maladie < www.ameli.fr > rubrique < Assuré, Hospitalisation >.

Le cas particulier de la fin de vie

Le 30 novembre dernier, les députés français ont adopté à l'unanimité et en première lecture la proposition de loi (faisant suite au rapport Léonetti) relative aux droits des malades et à la fin de vie, dont le Sénat débatera à son tour en février ou en mars. Le texte composé de quinze articles a deux objectifs : renforcer les droits du malade et reconnaître des droits spécifiques au malade en fin de vie, tout en protégeant du risque pénal les professions de santé. Le renforcement des droits du malade passe par l'institution d'un droit au refus de l'obstination déraisonnable, par la définition des procédures d'arrêt de traitement et par l'imposition d'obligations aux établissements de santé en matière d'organisation de soins palliatifs. Trois cas concrets différents selon l'état du malade sont ici identifiés.

1^{er} cas – Le malade, conscient n'est pas en fin de vie et refuse le traitement

Le texte propose une procédure dans laquelle le médecin fait appel à un deuxième membre du corps médical et prévoit la réitération de la décision du malade après un délai raisonnable.

2^e cas – Le malade, conscient est en fin de vie et refuse le traitement

La proposition de loi propose d'autoriser le médecin à limiter ou à arrêter tout traitement, lorsque le

malade, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le décide. Le médecin devrait respecter la volonté du malade de refuser tout traitement curatif, après l'avoir informé des conséquences de son choix, mais serait tenu de dispenser des soins palliatifs.

3^e cas – Le malade est inconscient

Pour décider de la limitation ou de l'arrêt d'un traitement jugé inutile ou disproportionné, et dans les cas où le malade est en phase avancée ou termi-

nale d'une maladie grave ou incurable, le texte de loi propose la mise en œuvre d'une procédure collégiale définie ainsi que la consultation de la personne de confiance, la famille ou un proche. S'agissant des directives anticipées, elles pourraient constituer un élément de la manifestation de la volonté du malade devenu inconscient et auraient alors une valeur indicative. ■

Proposition d'attestation de refus de soins et sortie contre avis médical

CERTIFICAT DE REFUS DE SOINS – SORTIE CONTRE AVIS MÉDICAL

HÔPITAL/CLINIQUE Service de pneumologie Dr:
Lieu (commune):, Date:

Ce document atteste que M., M^{me}, M^{lle} (nom, prénom, date de naissance):
est informé(e) au titre du respect au droit de sa liberté individuelle de la possibilité de refuser un traitement, une intervention ou les soins proposés.
Je reconnais avoir été informé de manière claire (information orale et écrite) et avoir compris les risques encourus concernant mon état de santé résultant d'une sortie contre avis médical:

RISQUES ENCOURUS (liste non limitative):

.....
.....
.....

APRÈS

– Un délai de réflexion observé:

durée:

– La proposition d'une consultation éventuelle avec un autre médecin:

☐ acceptée date: ... /... /... nom du médecin:

☐ refusée (joindre le refus) date: ... /... /... signature du patient:

– La proposition d'être dirigé sur un autre service de pneumologie:

☐ acceptée date: ... /... /...

☐ refusée (joindre le refus) date: ... /... /... signature du patient:

– Une information possible de la famille sauf opposition de ma part (joindre le refus):

Personne contactée (nom, prénom, lien de parenté):

Date: ... /... /... heure: h mode de communication:

Témoin (nom, prénom): signature du témoin:

Je déclare (nom, prénom) néanmoins vouloir quitter l'hôpital et refuser les soins et/ou l'intervention que me propose le Dr Je dégage par ce fait le Dr et l'hôpital/clinique de toutes responsabilités et toutes conséquences, y compris vitales, qui pourraient résulter de ma décision. Je comprends que, même si je signe ce document, cela ne m'empêchera pas de revenir à l'hôpital si je le désire et que, au contraire, j'y suis vivement encouragé, si j'ai des questions ou le moindre problème. Je suis informé qu'un double de ce document sera conservé dans le dossier patient et qu'un double sera adressé au Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Un compte rendu d'hospitalisation sera adressé à mon médecin traitant ou tout autre médecin de mon choix.

Mention manuscrite: Lu – approuvé – compris – sortie contre avis médical maintenue

Date: ... /... /... signature du patient:

signature de la famille:

signature de deux témoins:

signature du responsable hospitalier:

signature du médecin:

Refus de signature (deux témoins: nom et signature):