



Chapitre 60

Les refus de soins

A. SANTIN, C. REY-SALMON, B. RENAUD

Points essentiels



Voir la vidéo

- Tout acte médical doit bénéficier préalablement d'une information claire, loyale, appropriée et intelligible pour le patient.
- Le consentement libre et éclairé du patient conditionne tout acte médical et/ou tout traitement.
- La valeur d'un consentement écrit n'a pas de valeur juridique absolue sauf lorsqu'il est exigé par la loi.
- Le patient, sous réserve qu'il soit juridiquement capable, peut à tout moment refuser de poursuivre les soins en vertu du principe d'autonomie, refus primaire (avant d'avoir débuté un quelconque soin) ou secondaire (après le début du traitement).
- La signature du refus de soins ne protège pas le praticien, ne le déchoit pas de ses responsabilités, mais témoigne de la bonne délivrance de l'information sous réserve que celle-ci soit réelle et tracée de façon exhaustive.
- Certaines situations dérogent à la possibilité de refus de soins de la part du patient : inconscience, mise en jeu du pronostic vital, acte proportionné indispensable à la survie.
- Un patient psychiatrique même en cas de refus n'est pas juridiquement capable et relève d'une hospitalisation sous contrainte.

Service des Urgences - CHU Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris

Correspondance : Aline Santin, Service des Urgences – GH Cochin Broca Hôtel Dieu, 1, place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris Cedex 4 – Tél. : 06 62 39 77 09 – Fax 01 42 34 85 53

- Les mineurs et les incapables majeurs peuvent exprimer un refus de soins dont la validité dépendra du degré de maturité et de compréhension du patient et de la situation.
- Le refus de soins n'est pas une situation à banaliser car elle expose non seulement le patient à un risque plus ou moins grave, mais aussi potentiellement le praticien (risques disciplinaire ordinal, pénal).

Sans information suivie du consentement du patient, l'acte médical – de façon générique – ne peut avoir lieu. En cas de refus de soins de la part du patient, le médecin est soumis à des obligations (poursuite des soins de façon alternative dans la mesure du possible, contact avec le médecin traitant article R 1112-60 du Code de la Santé Publique) mais ne peut intervenir sur le patient sous peine de mettre en jeu sa responsabilité ordinale, civile, voire pénale. La limite au refus de soins de la part du patient est sa « compétence » à comprendre l'information délivrée et l'importance de l'acte proposé.

Nous allons ici rappeler les caractéristiques de l'information et du consentement avant d'envisager les obligations du médecin en cas de refus de soins du patient. Nous n'envisagerons pas dans cet exposé le refus de délivrer des soins par le praticien.

1. Nature et aspect légal de l'information due au patient

L'ANAES a défini dans ses recommandations les critères de qualité que devait recouvrir l'information délivrée au malade (1) :

- être hiérarchisée et reposer sur des données validées ;
- présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels et préciser les risques graves y compris exceptionnels (mise en jeu du pronostic vital) ;
- être compréhensible et comprise à savoir claire, intelligible, loyale (2), la jurisprudence étant constante dans son exigence quant à cette information ;
- être préférentiellement sous forme orale ; un document écrit étant un complément possible n'ayant pas vocation à recevoir la signature d'un patient ;
- être traçable dans le dossier du patient afin de contribuer à la qualité de la continuité des soins et ce de façon réglementaire (3) et donc obligatoire.

Si le devoir d'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles applicables (4), l'intérêt du malade prévaut. En effet, sous réserve d'exposition de tiers à un risque de contamination, le praticien apprécie en conscience la nécessité de maintenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves ou de lui divulguer de façon circonspecte. L'entourage sera alors informé sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle devra être faite.

2. Le consentement aux soins sous l'angle légal

Le consentement libre et éclairé aux soins est un des principes incontournable et fondamental régissant la relation médicale: « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être réalisé sans le consentement libre et éclairé de la personne.* » (5) Cela sous-entend le caractère révocable à savoir la possibilité à tout moment pour le malade de refuser les soins proposés et ce même s'il est en détresse vitale : « *Tout patient informé des risques encourus peut refuser un acte de diagnostic ou de traitement à tout moment.* » (2)

La qualification de (consentement) « libre et (d')éclairé » procède de l'information telle que définie ci-dessus. « *Tout acte de soins qu'il consiste en examen pour diagnostic ou en traitement doit faire l'objet d'une explication claire, compréhensible et adaptée au patient et l'on doit recueillir son consentement pour le pratiquer.* » (6) Les actes médicaux relevant du consentement du patient sont les suivants : l'examen clinique, les examens complémentaires, la surveillance du traitement et de ses suites, la participation éventuelle à la formation d'étudiants ou continue des médecins (7). Charge au médecin de s'assurer de la capacité de compréhension du malade en se donnant les moyens nécessaires à la délivrance de l'information, de l'aider à réfléchir, à prendre sa décision en lui donnant les explications nécessaires.

« *Toute personne prend avec le personnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il fournit les décisions concernant sa santé.* » (8)

« *Le consentement doit être recherché dans tous les cas ; lorsque le patient en état d'exprimer sa volonté refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus, après avoir informé le malade de ses conséquences* » (8) en ayant tout mis en œuvre pour la « *... convaincre d'accepter les soins indispensables* » (6). Le médecin n'a pas en l'espèce d'obligation de résultat (Cour de cassation, 18 janvier 2000). Pour autant, la valeur d'un consentement écrit n'a pas de valeur juridique absolue sauf lorsqu'il est exigé par la loi (cf. Recherches biomédicales dites loi Huriet : 88-1138 du 2 décembre 1988 modifiée, prélèvements d'organes – art. R 671-1, art. R 671-2, art. R 671-3 du CSP, l'interruption volontaire de grossesse – art. L 2212-3 du CSP –, actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique, assistance médicale à la procréation – loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 à savoir art. L 152-1 du CSP – diagnostic prénatal – loi n° 94-654 du 29 juillet 1994, art. L 162-17) (9, 10). Dans le cas particulier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, leur « *consentement [...] doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* » (8). L'aval du représentant légal (parents ou tuteur) sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité ou cas particulier (interruption volontaire de grossesse demandée par une mineure : possibilité de garder le secret médical à l'égard des titulaires de l'autorité parentale en étant accompagnée dans sa démarche par une personne majeure la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception dans son article 5) devra être

systematique du fait de la maturité difficile à apprécier en pareille situation. Toutefois, le refus du représentant, s'il met en péril la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, doit être contourné et le médecin devra délivrer les soins indispensables (8). « 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, le médecin doit réaliser les soins sans consulter les titulaires de l'autorité parentale sous réserve que la personne mineure soit accompagnée d'une personne majeure. » (6)

L'hospitalisation sous contrainte au sens juridique du terme ne concerne que les patients présentant une pathologie psychiatrique avérée ou une symptomatologie évocatrice pour laquelle l'hospitalisation en milieu psychiatrique est la plus rationnelle. Les modalités de telles hospitalisations sont régies par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement et aux modalités de leur prise en charge en vigueur le 1^{er} août 2011.

3. L'échec du consentement ou le refus de soins

Lorsque le malade en état d'exprimer sa volonté refuse les soins proposés avant (refus primaire) ou en cours de réalisation (refus secondaire) (11), le médecin ne peut et ne doit pas se satisfaire d'un seul refus. Le médecin doit alors ne pas se contenter trop facilement du refus mais au contraire s'efforcer de convaincre le patient en lui apportant à nouveau les précisions nécessaires (8), s'assurer qu'elles soient correctement comprises, solliciter l'avis d'un confrère et surtout laisser au patient une possibilité de revenir sur sa décision. Le risque pour le médecin face à un refus de soins est d'engager sa responsabilité pénale pour omission de porter secours ou sa responsabilité disciplinaire. Au demeurant, « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » (8). Le refus de soins signé a pour but de faire consigner ce refus par écrit, mais surtout de signifier au patient d'une autre manière la gravité de sa décision. Ce document comportant clairement les risques auxquels s'expose le patient et les complications éventuelles. Il ne déchoit pas le médecin de ses responsabilités mais témoigne de la bonne délivrance de l'information sous réserve que celle-ci soit traçable et ait été délivrée telle que mentionné ci-dessus. Le médecin a néanmoins pour devoir absolu d'assurer la continuité des soins soit directement soit indirectement par un autre confrère, en accord avec le patient.

Les limites du droit au refus sont une autonomie non véritable et un traitement vital. 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 des proches n'ait été consulté. L'article 16-3 alinéa 1^{er} du Code civil stipule qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas

de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui » (12). En cas de risque vital (conduite suicidaire par exemple) ou de consentement impossible à obtenir (stade ultime d'une grève de la faim, coma, malade inconscient), l'urgence des soins prime ; le médecin s'exposant en cas d'abstention à la non-assistance à personne en danger (13). Il faut que le pronostic vital soit mis en jeu, que l'acte soit indispensable à la survie du patient, que l'acte soit proportionnel à l'état du patient (14). Ainsi, concernant les témoins de Jéhovah refusant une éventuelle transfusion, tant qu'il n'existe pas d'urgence vraie, il faut transiger. Le juge administratif a interdit la réalisation d'une transfusion lorsque l'urgence n'était pas prouvée dans ce cas, et que les soins prodigués n'étaient pas indispensables à la survie du patient ni proportionnés à son acte (15). En cas d'urgence absolue, de saignement actif mettant immédiatement en danger la vie du patient, le principe de sauvegarde de la vie prend le pas sur le principe d'autonomie. En effet, il est considéré que celui qui refuse un traitement vital n'est pas autonome ; l'avis du procureur de la République étant requis en pareille situation, car le patient pourrait secondairement déposer plainte pour atteinte à son intégrité physique. Dans deux affaires, les juges administratifs ont jugé que les médecins ne portent pas atteinte aux droits du patient lorsque, après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, il accomplissent dans le but de le sauver un acte indispensable à sa survie et proportionnée à son état (15). Ainsi, un patient atteint d'une altération de ses capacités de jugement ne peut être considéré comme autonome et le praticien devra prendre les décisions qui s'imposent tout en prodiguant les soins nécessaires sans maltraitance et en maintenant un lien relationnel avec le patient.

En résumé, l'urgence permet donc de passer outre à l'absence de consentement du patient mais sous triple condition :

- mise en jeu du pronostic vital du patient ;
- absence d'alternative thérapeutique ;
- actes accomplis indispensables à la survie et proportionnés à l'état du patient (arrêt de la cour administrative d'appel de Paris, 9 juin 1998, confirmé dans ses dispositions finales par le Conseil d'État – arrêt CE, ass, 26 oct 2001 et 16 août 2002 dans une décision intervenant après la promulgation de la loi du 4 mars 2002).

4. Refus de soins en situation d'urgence

En pratique, un refus de soins représente toujours une situation de blocage au cours de laquelle le dialogue doit primer. Lorsque ce refus est exprimé dès la régulation, il doit faire l'objet d'une attention toute particulière afin de déceler au cours de l'entretien d'éventuels arguments d'incompétence du malade ou de l'interlocuteur (personne sous mesure de protection obligeant à prévenir au minimum le représentant légal, personne mineure, stigmates de pathologie psychiatrique ou à même d'altérer le jugement). Le régulateur qui aura eu soin de

se présenter nominativement et d'établir une relation aussi bonne que possible, en accord avec les recommandations en vigueur, doit insister pour faire comprendre à son interlocuteur que ce refus doit être exprimé aux secours diligentés et non téléphoniquement alors qu'il a lui-même fait appel et demandé secours (16). L'envoi d'un effecteur adapté à la situation (et en l'occurrence d'un interlocuteur médical) doit permettre un dialogue direct et de mieux évaluer la situation. Une fois sur place, les mêmes règles que celles décrites ci-dessus s'appliquent avec éventuellement recours à une voie juridique (appel au procureur de la République). Il sera licite quoi qu'il en soit de tracer de façon exhaustive la nature des échanges dans le dossier du patient, et une fois sur place de faire signer dans la mesure du possible un document attestant de la délivrance de l'information et du refus réaffirmé du patient.

Lorsque le refus de soins intervient aux urgences, les règles sont identiques mais les circonstances permettent le plus souvent d'avoir un entretien dont le but est d'infléchir la décision du patient. Si toutefois celui-ci persiste, il faudra s'astreindre à donner les soins alternatifs au patient (soins ambulatoires) et à organiser le suivi en contact avec le médecin traitant ou autre médecin du choix du patient. De plus, le refus de soins ne doit en aucun cas signifier l'impossibilité pour le patient de revenir consulter bien au contraire en cas de changement de décision de sa part, de modification des symptômes et/ou d'aggravation éventuelle. L'ensemble des démarches entreprises devront là encore être retranscrites dans le dossier du patient ; la mention de témoins potentiels en cas de situation difficile pouvant être un élément important.

5. Conclusion

La relation médicale repose sur l'information délivrée par les soignants au patient. Cette information constitue la garantie pour le patient de pouvoir donner son consentement de façon libre et éclairée. Lorsque le patient ne consent pas aux soins proposés, son droit prime sous réserve qu'il soit juridiquement jugé capable, auquel cas il sera possible dans certaines conditions de déroger à l'obtention de son consentement. Dans le cas contraire, il faudra tenter dans un premier temps d'infléchir sa décision en mettant en œuvre les moyens adaptés (nouvelles explications, faire appel à un confrère...) et ne pas non seulement se contenter de ce refus mais aussi de ne pas s'exposer à d'éventuels risques ordinaires ou juridiques. Des soins alternatifs assortis d'un suivi idoine devront faire la place aux soins proposés en cas de persistance du refus.

<p>Information Préalable obligatoire Information loyale, claire, appropriée, intelligible <i>Exceptions à l'information : urgence, impossibilité et refus du patient d'être informé</i></p>	<p>L'information doit être traçable dans le dossier mais ne nécessite pas de signature de la part du patient sauf situations particulières (interruption volontaire de grossesse, don du sang humain, prélèvement d'organes, recherches biomédicales et expérimentations) <i>Code de santé publique (art. L 1111-2), loi du 4 mars 2002, Code de déontologie médicale (article 35, alinéa 1^{er})</i></p>
<p>Obtention du consentement libre et éclairé</p>	<p><i>Actes concernés (art. L 1100-4, 6^e alinéa du Code de santé publique) :</i> Examen clinique, examens complémentaires, surveillance du traitement et de ses suites, la participation éventuelle à la formation d'étudiants ou continue des médecins</p>
<p>Refus de soins</p>	<p><i>Droit fondamental du patient (principe d'autonomie)</i> <i>Code civil</i> <i>Loi du 4 mars 2002</i> <i>Code de déontologie médicale</i></p>
<p>Refus de soins jugé acceptable</p>	<p>Tout mettre en œuvre pour convaincre le patient : réitérer l'information, faire appel à un confrère</p>
<p>Situations où il est possible de passer outre le refus de soins</p>	<p>Patient inconscient Mise en jeu du pronostic vital Patient psychiatrique ou nécessitant de toute évidence des investigations diagnostiques (<i>loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011</i>)</p>

Références

1. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, 2012.
2. Charte du patient hospitalisé mise en place par la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995. Code de déontologie médicale, 1995.
3. L'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L 1111-7 et L 1112-1 du Code de la santé publique. Code de la santé publique, 2002.
4. Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté, 2002.
5. Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO 2002 : 4118.
6. Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. In : JORF, editor. 2005 ; 95 : 7089.
7. Code de la santé publique, art. L 1100-4, 6^e alinéa.
8. Code de la santé publique, art. L 1111-4, 2005.
9. Code de santé publique. Recherches biomédicales dite loi Huriet, prélèvement d'organes, 1988.

10. Code de la santé publique. L'interruption volontaire de grossesse, 1975.
11. Pitcho B. Chapitre Le refus de soins. In : Eres, editor. Traité de bioéthique soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques. Paris ; 2010. p. 260.
12. Droit pénal général. 9^e édition ed. Paris : Économica ; 2002.
13. Article du Code pénal modifié par ordonnance n° 2000-916, 223-6. Paris, 2002.
14. Baranger D., Sicot C. Loi du 4 mars 2002. Transfusion sanguine et témoin de Jéhovah. Réanimation 2003 ; 12 : 171-2.
15. Tribunal administratif de Lille, Lambert- Garrel L., Flasaquier A., Pitcho B., Vialla F. 25 aout 2002. JCP 2003 ; II(10098).
16. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demandes de soins non programmé dans le cadre de la régulation médicale. Paris, 2011.