

Information, consentement, refus de soins

A. Santin

La prise en charge médicale d'un patient oblige à lui apporter, en continu, toutes les informations indispensables à sa compréhension, qu'il s'agisse des options diagnostiques ou thérapeutiques. La finalité de délivrer l'information, de façon circonstanciée et adaptée, est d'exposer les éléments nécessaires au malade, afin que ce dernier puisse exprimer sa volonté en toute connaissance de cause. Schématiquement, après avoir reçu l'information, deux possibilités s'offrent à lui : accepter les soins et donc consentir, ou au contraire, les refuser, partiellement ou totalement. Chacune de ces étapes ou possibilités (information, obtention du consentement ou d'un refus de soins) est régie par des textes ordinaux, législatifs (dont la loi du 4 mars 2002), jurisprudentiels, d'importance. Le contexte spécifique de l'urgence peut accroître la difficulté à informer, tout comme à obtenir le consentement, voire, le cas échéant, le risque de confrontation à un refus de soins. Indépendamment de l'encadrement officiel, l'attitude relationnelle doit toujours être sous-tendue par une réflexion éthique affirmée, la loi du 2 février 2016 ayant renforcé la possibilité pour le malade d'exprimer ses volontés, dans le cadre particulier de la fin de vie.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Information ; Consentement ; Refus de soins ; Législation ; Jurisprudence ; Urgences

Plan

■ Introduction	1
■ Information	1
■ Consentement	3
■ Refus de soins	4
■ Conclusion	6

■ Introduction

La motivation à connaître la législation est le plus souvent liée à la volonté d'éviter certains risques encourus lors de l'exercice professionnel. Toutefois, la connaissance des textes encadrant la pratique doit d'abord permettre d'exercer conformément aux bonnes pratiques. Les textes à connaître sont nombreux et de sources variables : la loi, les recommandations, la jurisprudence. Si la délivrance de l'information semble aller de soi, elle doit répondre à certaines règles. La finalité de l'information est de permettre au patient de participer à la décision, de consentir, lorsque son état le lui permet. Le refus de soins reste toujours une interface difficile à appréhender pour tout soignant, mais doit être, au contraire, source de remise en cause et d'évolution.

■ Information

L'information du patient est une obligation légale incontournable : « 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. » ^[1]. Cette obligation absolue est inscrite dans le Code de déontologie (article 36) ^[2], et dans le Code de santé publique : la loi du 4 mars 2002 ^[3], mais aussi, plus récemment, la dernière loi sur la fin de vie, en date du 2 février 2016 ^[4]. Le but de cette information est de permettre au patient de comprendre ce qui lui est proposé, afin de pouvoir prendre sa décision de façon autonome. Il s'agit donc d'une obligation certes légale, mais aussi éthique, fondatrice de la confiance nécessaire aux soins.

L'information doit être « loyale, claire et appropriée » ^[5] sur l'état de santé, les actes diagnostiques et/ou thérapeutiques envisagés pour le patient. Ces termes (« information loyale, claire et appropriée ») du Code de santé publique, repris lors du rendu de décisions de la Cour de cassation, sont primordiaux. Le premier mot pour caractériser l'information est « loyale ». Ce mot doit être pris au sens premier, c'est-à-dire l'absence de dissimulation ou pire de mensonge, ce qui caractériserait un dol, à savoir une intention caractérisée de tromper. Une information « claire » signifie que le malade est à même de la comprendre. Le langage utilisé ne doit pas être trop technique ou détaillé, sans toutefois dénaturer le contenu de l'information à force de simplification. Afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'information, il peut être demandé au patient de reformuler celle-ci. Le terme d'approprié se rapporte au contexte en prenant notamment en compte les caractéristiques « psychologiques, sociales, culturelles de la personne » ^[6]. En effet, l'information doit être adaptée au patient, tenir compte de la maladie, du stade de prise en charge, du pronostic, afin que le patient puisse parfaitement intégrer les explications données, et décider en toute connaissance de cause. Si besoin, l'information peut être répétée le nombre de fois nécessaire, voire traduite le cas échéant, ou faire l'objet d'un

support écrit respectant les mêmes dispositions que l'information orale.

Le contenu de l'information, indépendant du mode et du lieu d'exercice du professionnel de santé, a été clairement défini par le législateur, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. Le patient doit être informé sur : « les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus » [7]. La promulgation de la loi du 2 février 2016 [4] a modifié cet article en introduisant l'obligation, dans le cas de soins palliatifs au sens de l'article L 1110-10 [8], d'informer le patient de la possibilité de bénéficier des soins sous forme ambulatoire ou à domicile, quand l'état de santé le permet.

Les cas dérogatoires à la délivrance de l'information sont l'impossibilité pour le patient de la recevoir, soit du fait de son état clinique, soit du fait de circonstances particulières dont l'urgence : « L'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences, [...] seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent dispenser. » [7]. Il est parfois difficile en situation d'urgence de déterminer les limites de l'information à donner. La jurisprudence retient que l'obligation d'information diminue au fur et à mesure que l'urgence et le risque vital augmentent. À ce titre, la traçabilité, aussi exhaustive que possible de la délivrance de l'information, de son contenu si possible détaillé, des circonstances dans lesquelles elle a eu lieu, sont des éléments capitaux quant à d'éventuelles suites juridiques.

Le patient peut émettre la volonté de ne pas être informé, volonté qui doit être respectée sauf en cas d'exposition de tiers à un risque de transmission [7]. L'ensemble des informations délivrées (du malade au professionnel et inversement) sont couvertes par le secret professionnel [9]. Le secret professionnel (sans spécificité médicale) a d'abord été inscrit dans le Code pénal [10], avant le Code de santé publique et le Code de sécurité sociale [11]. Le secret médical a été réaffirmé dans la loi du 4 mars 2002 (article L 1110-4), de façon postérieure du fait de son caractère récent. Ce secret n'est pas opposable au patient, sauf information pouvant être traumatisante [5], cette dimension pouvant là encore être délicate dans le contexte de l'urgence. Certaines situations sont dérogatoires au secret médical à savoir :

- constat de sévices présumant de violences physiques [12], sexuelles [13] ou psychiques sur mineur de moins de 15 ans ou toute personne incapable de se protéger et donc particulièrement vulnérable (signalement au Procureur de la République) ;
- mise en danger ou risque d'un mineur (transmission au président du Conseil général) ;
- transmission d'informations nécessaires à l'exercice de certains médecins (médecins conseils du service du contrôle médical, médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, médecins inspecteurs de la Santé, médecins inspecteurs de l'Agence régionale de santé, médecins experts de la Haute Autorité de santé, inspecteurs médecins de la radioprotection) ;
- transmission de données nominatives dans le cadre d'un traitement autorisé, automatisé de données ;
- information des autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou ayant manifesté l'intention d'en acquérir une.

La violation du secret médical par un médecin hospitalier (urgentiste ou relevant d'une autre spécialité) est une faute exclusivement pénale, et ne peut constituer une faute de service, selon un arrêt de la cour d'appel de Dijon datant du 18 novembre 1999. Il s'agit donc d'une faute personnelle, détachable du service.

L'information doit avoir lieu de façon dialogique, au mieux en entretien individuel, dans « un environnement adapté » [6]. Cette notion d'environnement adapté peut laisser perplexe en contexte d'urgence, mais il faut s'attacher à trouver les conditions favorables pour divulguer une information, surtout quand celle-ci comporte un caractère de gravité diagnostique et/ou pronostique. Le patient peut être assisté, à sa convenance, d'une personne de son choix, dont la personne de confiance telle que définie dans la loi [14], à savoir « un parent, un proche ou le médecin traitant » [14]. Le rôle de la personne de confiance est d'assister la personne

malade soit directement (accompagnement lors des démarches, présence lors des entretiens médicaux, aide à la décision), soit indirectement (transcription fidèle de la volonté en cas d'impossibilité de la donner). La personne de confiance est désignée sans limite dans le temps, mais sa désignation est révisable, révocable à tout moment. Il faut cependant toujours veiller à proposer un entretien singulier, au moins partiel, que la personne peut ne pas accepter. L'information peut d'ailleurs être transmise à l'entourage (famille, proches, personne de confiance), afin d'apporter un soutien direct à la personne, sauf opposition explicite de celle-ci.

La notion d'information opposable concerne aussi l'échange entre professionnels. Les informations confiées à une équipe peuvent être échangées entre professionnels sous réserve de l'être de façon « pertinente, nécessaire, et non excessive », et ce, « afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » [15]. Dans l'absolu, l'accord du patient doit être requis pour toute transmission d'information à un professionnel de santé. En pratique, la nécessité d'avoir recours à l'avis d'un autre professionnel est souvent exprimée auprès du patient, mais son consentement à la divulgation apparaît le plus souvent comme implicite, c'est-à-dire comme acquise, en l'absence d'opposition caractérisée de sa part.

L'information ne peut être considérée comme définitive, et doit, au contraire, être continue tout au long de la prise en charge. Ainsi, lorsque « [...] postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. » [7]. Chaque professionnel de santé est le garant de l'information dépendant de ses compétences et ne doit pas supposer que le patient en a eu connaissance par un autre professionnel. Ainsi, dans le cas où plusieurs spécialistes prennent en charge un même malade, chaque praticien se doit de dispenser l'information imputable à ses compétences.

L'information est de qualité si elle remplit certains critères [6] :

- être synthétique, hiérarchisée, personnalisée, et donc compréhensible par la personne ;
- présenter les bénéfices attendus des actes et/ou soins envisagés, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, leurs inconvénients, leurs risques éventuels qu'ils soient fréquents ou graves ;
- présenter les alternatives possibles, le cas échéant.

Les mineurs, comme les majeurs sous tutelle, ont le droit de recevoir l'information, sous réserve de l'adapter à la situation, et de participer à la décision « d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » [7].

Un incapable majeur peut, selon le Code civil (chapitre II du titre XI du livre I^{er}), désigner une personne de confiance, avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

En cas de litige concernant l'information, la charge de la preuve incombe au(x) professionnel(s), ou à l'établissement de santé. La preuve peut être apportée par tout moyen, d'où l'importance de la traçabilité dans le dossier médical. Cette notion de « charge de la preuve » est intervenue en 1997, à la suite d'un arrêt de la Cour de cassation du 25 février, plus connu sous le nom d'arrêt Hédreul [16].

En 2000, le Conseil d'État a pris la même position que la Cour de cassation, par l'arrêt Telle [17]. Cette évolution jurisprudentielle a été prise en compte et intégrée via la loi du 4 mars 2002 (article L 1111-2 du Code de la santé publique) : « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. » [7]. Le dossier constitue un support majeur pour apporter la preuve de l'information, qu'il s'agisse du contenu ou de la compréhension de ladite information. Il convient donc de notifier, aussi précisément que possible (horodatage), les éléments divulgués, les moyens éventuellement mis en œuvre pour aider le patient à comprendre (traducteur, tierce personne par exemple). Avoir la possibilité de prouver la délivrance d'une information complète, de qualité, doit faire partie des préoccupations de l'urgentiste. En effet, outre le caractère formel du dossier, les circonstances de l'urgence peuvent nuire à la relation et être source de plainte. Il s'agit donc de réussir à anticiper d'éventuels recours.

Le défaut d'information a fait l'objet, en vertu de l'article 1382 du Code civil, d'un arrêt de la Cour de cassation en date du

Tableau 1.
Personnes autorisées à avoir accès aux éléments du dossier médical en fonction des situations.

	Majeur	Mineur
Patient vivant	Patient lui-même Médecin désigné par le patient Tuteur si majeur sous tutelle	Mineur lui-même Titulaire de l'autorité parentale sauf opposition du mineur
Patient décédé	Ayant droit (sous réserve que le défunt n'ait émis aucune opposition) afin de connaître la cause du décès, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir des droits L'ayant droit doit donc toujours indiquer le motif de sa demande d'accès	

12 janvier 2012 ^[18] stipulant que « [...] le non-respect du devoir d'information, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice, que le juge ne peut laisser sans réparation ». Ainsi, le patient ayant subi un défaut ou une absence d'information peut-il invoquer deux préjudices :

- la perte de chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé. Cet élément a été reconnu par un arrêt de la Cour de cassation en 2007 ^[19] ;
- l'état d'ignorance imposé par le manquement du professionnel de santé à son devoir d'information. Ce préjudice a été reconnu par un arrêt en date du 3 juin 2010 de la 1^{ère} chambre civile de la Cour de cassation ^[20], comme étant indemnisable en soi, indépendamment de toute perte de chance (soit du préjudice précédemment exposé).

Enfin, la loi du 4 mars 2002 permet une dernière forme d'information, à savoir la possibilité « à toute personne » d'avoir « un accès direct à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels et établissements de santé. » ^[21]. Cet accès concerne le dossier médical, à ne pas confondre avec le dossier médical partagé géré par l'Assurance maladie ou avec le dossier pharmaceutique. Le patient ou son représentant (Tableau 1) peut avoir accès :

- aux résultats d'examen, aux feuilles de surveillance ;
- aux comptes rendus de consultation, d'intervention d'exploration ou d'hospitalisation ;
- aux correspondances entre professionnels de santé ;
- aux protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre.

Les documents de travail, les informations recueillies auprès de tiers ne contribuant pas à l'élaboration, au suivi du diagnostic, au traitement ou à la prévention ne sont pas accessibles. En pratique, l'ensemble du dossier médical (à savoir le compte rendu du passage aux urgences) est le plus souvent transmis au patient, ce qui en soi ne correspond pas aux termes de la loi comme indiqué ci-dessus.

L'accès, après vérification de l'identité du demandeur, peut être direct sur place ou par envoi de copies dans un délai au plus tôt de 48 heures et au plus tard de huit jours. Si le dossier date de plus de cinq ans, le délai maximal est porté à deux mois.

Les circonstances liées à l'urgence ne doivent pas occulter la nécessité, véritable obligation légale, ordinale, éthique, à délivrer une information accessible et exploitable pour le patient (Tableau 2).

■ **Consentement**

Le consentement du patient est un droit, corollaire du devoir d'information pour le professionnel de santé. Pour obtenir un consentement valide, l'information doit être intelligible, compréhensible, mais aussi comprise en vue d'accepter les actes diagnostiques et/ou thérapeutiques.

- La capacité de décider comprend quatre étapes essentielles :
- la compréhension ou la capacité à recevoir l'information ;
 - l'appréciation de l'information au regard de la situation ;
 - le raisonnement ou la capacité de délibération ;

Tableau 2.
Synthèse concernant l'information.

Caractéristiques	Loyale, claire et appropriée (Code de santé publique) dans un environnement adapté, de façon dialogique ± assistance d'une personne de confiance Couverte par le secret médical sauf cas dérogatoires (Code pénal, Code de santé publique, Code de sécurité sociale) Rupture du secret médical : faute détachable du service
Contenu et qualité	Investigations, traitements, actions de prévention avec leur utilité, leur caractère d'urgence, les conséquences et risques, alternatives éventuelles (Code de santé publique) Synthétique, hiérarchisée, compréhensible, personnalisée
Cas dérogatoires	Urgence ou impossibilité d'informer, volonté de ne pas être informé <i>Jurisprudence</i> : l'obligation d'information diminue au fur et à mesure que l'urgence et le risque vital augmentent
Cas particuliers	Mineurs et majeurs sous tutelle : information divulguée avec participation à la décision d'une manière adaptée à leur degré de maturité pour les mineurs, ou à leurs facultés de discernement pour les majeurs sous tutelle
Traçabilité	Importance du dossier médical Charge de la preuve incombe au professionnel

- l'expression du choix ou la capacité à construire et émettre une décision ^[22].

La première étape est de s'assurer que le patient est juridiquement capable, c'est-à-dire jouissant de toutes ses facultés mentales au moment où il reçoit l'information. L'obtention obligatoire du consentement découle d'un article du Code civil (article 16-1) ^[23], stipulant le droit au respect du corps humain assorti de son inviolabilité ^[24]. Cette notion d'invocabilité, inscrite dans le droit français, a été affirmée, depuis 1994, à l'échelon européen. La Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, aux termes de l'article 3-1, mentionne qu'« aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement éclairé et préalable du patient » ^[25]. Le consentement peut être obtenu directement, auprès du patient, ou indirectement. Le consentement « indirect » consiste à rechercher l'existence éventuelle de directives anticipées, ou toute personne ayant été dépositaire des volontés du patient, à savoir la personne de confiance (prévue à l'article L 1111-6) ^[14], la famille ou à défaut un des proches. Cette recherche peut être difficile voire impossible en contexte d'urgence.

Toutefois, le consentement du patient n'est pas définitif et il peut être remis en cause à tout moment de la prise en charge ^[15].

Deux cas sont dérogatoires à l'obtention du consentement :

- l'urgence ;
- l'impossibilité de consentir.

La notion d'urgence n'est pas légalement définie et reste à l'appréciation de chaque médecin. L'urgence vraie ne pose pas de problème d'évaluation. En effet, en cas de pathologie risquant d'entraîner, à court voire très court terme, des conséquences préjudiciables pour le malade, il semble licite d'intervenir et de se passer de consentement, ce d'autant que la situation clinique ne permet pas de l'obtenir. L'urgentiste a alors obligation de prodiguer des actes ou soins proportionnés à l'état du malade. Mention doit être faite dans le dossier, à des fins de traçabilité, des éléments prouvant le caractère indispensable et proportionné des soins.

Le second cas de dérogation à l'obtention du consentement est l'impossibilité liée à l'état cognitif du patient, que cet état soit chronique ou secondaire à une pathologie aiguë.

Dans les cas d'un mineur ou d'un majeur protégé, le Code de santé publique prévoit, dans la mesure du possible, de recueillir le consentement de l'intéressé, sous réserve qu'il soit apte à exprimer sa volonté, et à participer à la décision ^[26] « [...] »

Tableau 3.
Synthèse concernant le consentement.

Source légale du consentement	Inviolabilité du corps humain (Code civil)
Étapes essentielles à la capacité de décider	Compréhension ou capacité à recevoir l'information Appréciation de l'information au regard de la situation Raisonnement ou capacité de délibération Expression du choix
Cas dérogatoires	Urgence et impossibilité de consentir

d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » [27]. Dans le cas où le consentement direct ne pourrait être obtenu, les parents ou le représentant légal sont informés afin d'obtenir leur consentement. Pour les mineurs, le consentement auprès du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale peut ne pas être obtenu dans les situations suivantes [28] :

- opposition du mineur à la consultation/consentement afin de garder le secret sur son état de santé (possibilité de se faire assister par une personne majeure de son choix) ;
- nécessité d'intervention pour sauvegarder la santé de cette personne mineure ;
- couverture sociale de type couverture maladie universelle à titre personnel.

La possibilité de se dispenser pour un mineur de l'autorité parentale est issue des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse. Cette loi autorise en effet le médecin à mettre en œuvre le traitement, en dehors de toute consultation des représentants légaux. Le mineur se voit ainsi accorder « une sorte de prématurité sanitaire » [29].

L'urgence reste toujours dérogatoire tant à l'obtention du consentement, notamment au cas où le représentant légal ne serait pas joignable (parent ou tuteur), qu'en cas de refus risquant d'entraîner des conséquences graves. Dans ce cas, le Procureur de la République doit être informé pour le mineur et le juge des tutelles pour un incapable majeur. Il semble toutefois licite, en cas de refus de soins et de conséquences graves potentielles, d'informer les autorités du fait du préjudice encouru. L'ensemble des événements et des dispositions prises doivent faire l'objet d'une traçabilité exhaustive.

En pratique, le consentement connaît quelques exceptions à son obtention, dont l'urgence avérée (Tableau 3).

■ Refus de soins

Le refus de soins n'est pas une situation rare en médecine d'urgence.

Cette dénomination de refus de soins englobe des situations distinctes : refus de traitement partiel ou total, refus d'hospitalisation. La proportion de patients sortant des urgences contre avis médical, et ayant donc refusé tout ou partie des soins, est estimée entre 1 et 3 % des passages [30]. L'un des risques à cette attitude est d'avoir de nouveau recours à un service d'urgence, avec un taux d'hospitalisation de 4,4 % à 30 jours du premier passage [30], chiffre non négligeable.

Les sources du dispositif juridique encadrant le refus de soins sont nombreuses et ont des objectifs distincts. Aussi, la lisibilité de cet encadrement juridique, ordinal, jurisprudentiel est-elle délicate.

Après délivrance d'une information « claire, loyale et appropriée » [5], le patient peut soit consentir, soit refuser les soins (Fig. 1). Le consentement est un préalable obligatoire à tout acte diagnostique et/ou thérapeutique, sauf cas dérogatoire (cf. supra). Le refus de soins est une alternative éventuelle, explicitement légale, toujours accessible pour le patient : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. » [1]. Cette attitude de possible refus est, parallèlement au droit, inféodée à la liberté individuelle du patient, à son autonomie. En effet, le patient est devenu « acteur de sa santé, et co-partenaire » [31]. Face à un refus de soins, le médecin doit obligatoirement informer la

personne « des conséquences de ses choix et de leur gravité » [3]. Si le refus met en jeu la vie de la personne, celle-ci doit réaffirmer sa décision après « un délai raisonnable » [1], afin d'avoir le temps de la réflexion au regard des conséquences de ce refus. Ce « délai raisonnable » n'est pas défini par le législateur, et semble peu voire non approprié à une situation d'urgence vraie, mettant en jeu le pronostic vital à court terme. Toutefois, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, « il appartient au médecin de l'apprécier [le délai raisonnable] en conscience » [32], ce qui, pour les urgences pose question.

Depuis la loi du 2 février 2016 [4], le médecin n'a plus l'obligation, en cas de refus de soins dans le cadre de la fin de vie, de convaincre le patient de suivre le(s) traitement(s). Ce devoir de convaincre est donc caduque, et avait été mentionné pour la seule et unique fois dans la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti [33]. Légalement, le médecin n'est pas tenu de convaincre le patient du bien-fondé des soins proposés ; les autres textes de loi ne mentionnant pas ce qu'il est convenu de faire hors situation de fin de vie. Cependant, le médecin ne peut accepter, sur le plan moral, mais surtout éthique, un refus sans chercher à en comprendre les motivations, surtout s'il existe un danger réel pour le patient – hors situation de fin de vie explicite couverte par la loi. Chercher à comprendre permet, par le dialogue, de faire percevoir au malade la gravité des conséquences de sa décision et revient à tenter de le convaincre. En effet, la problématique du refus de soins d'un patient réside dans le fait qu'elle oppose plusieurs principes de l'exercice médical [34] :

- le principe éthique de bienfaisance [35] ;
- le principe de sauvegarde de la dignité de la personne par le respect du refus, principe désormais légal en fin de vie [36] ;
- la non-assistance potentielle à personne en péril.

Ces situations de refus de soins peuvent être difficiles à appréhender, mais la jurisprudence a établi que la préservation de la vie prévaut sur la volonté individuelle, sous réserve que trois conditions « strictes et cumulatives exigées justifiant l'intervention » [34] soient remplies :

- mise en danger imminente de la vie du patient ;
- absence d'autres possibilités thérapeutiques alternatives ;
- actes indispensables à la survie du patient et proportionnés à son état.

En situation litigieuse avec mise en péril de la vie, le cas de conscience est prégnant ; la difficulté dialogique existant tant que le patient est en mesure de donner son consentement. Au-delà, le médecin doit agir et intervenir, répondant alors au cadre légal de la non-assistance à personne en péril. Ainsi, à titre d'exemple, concernant l'usage de la transfusion en faveur de témoin de Jéhovah, l'obligation de non-transfusion doit être respectée tant qu'il n'y a pas de danger de mort. Au-delà, la transfusion doit avoir lieu, sous réserve qu'elle soit indispensable à la survie et proportionnée à l'état du patient. Cet aspect doit être explicite dans le dossier afin de prouver le bien-fondé de l'intervention et son caractère proportionné. Sur le plan légal, si l'article 16-3 du Code civil d'inviolabilité du corps humain et l'article L 1111-4 du Code de la santé publique obligent à obtenir le consentement, la sauvegarde de la vie peut justifier l'acte thérapeutique réalisé contre l'avis du patient, et n'est pas contradictoire avec la notion de liberté individuelle de ce dernier. Cette notion a été confirmée par le juge des référés du Conseil d'état [37] en 2001.

Chaque praticien ne peut qu'agir en conscience, au cas par cas. En pratique, la relation médicale doit être guidée par le bien du patient, et nul soignant ne pourrait accepter un refus sans discuter, sous prétexte d'avoir rempli les obligations déontologiques, légales, tant l'obligation morale, éthique prévaut, surtout en situation d'urgence, lorsque le traitement est indispensable. La première étape est de déterminer si le patient est en mesure de comprendre ce qui lui est proposé, à savoir déterminer si le refus de soins n'est pas lié à une perte des capacités du patient, perte transitoire (situation médicale aiguë responsable d'une modification du jugement, prise de toxiques) ou permanente (pathologie neuropsychiatrique sous-jacente). La tentative de convaincre le patient est certes « hors cadre légal », mais ne saurait être évitée. Si aux termes d'une discussion le patient persiste dans son refus, le praticien doit s'incliner, sans jamais instaurer de traitement ne recevant pas l'accord explicite du patient.

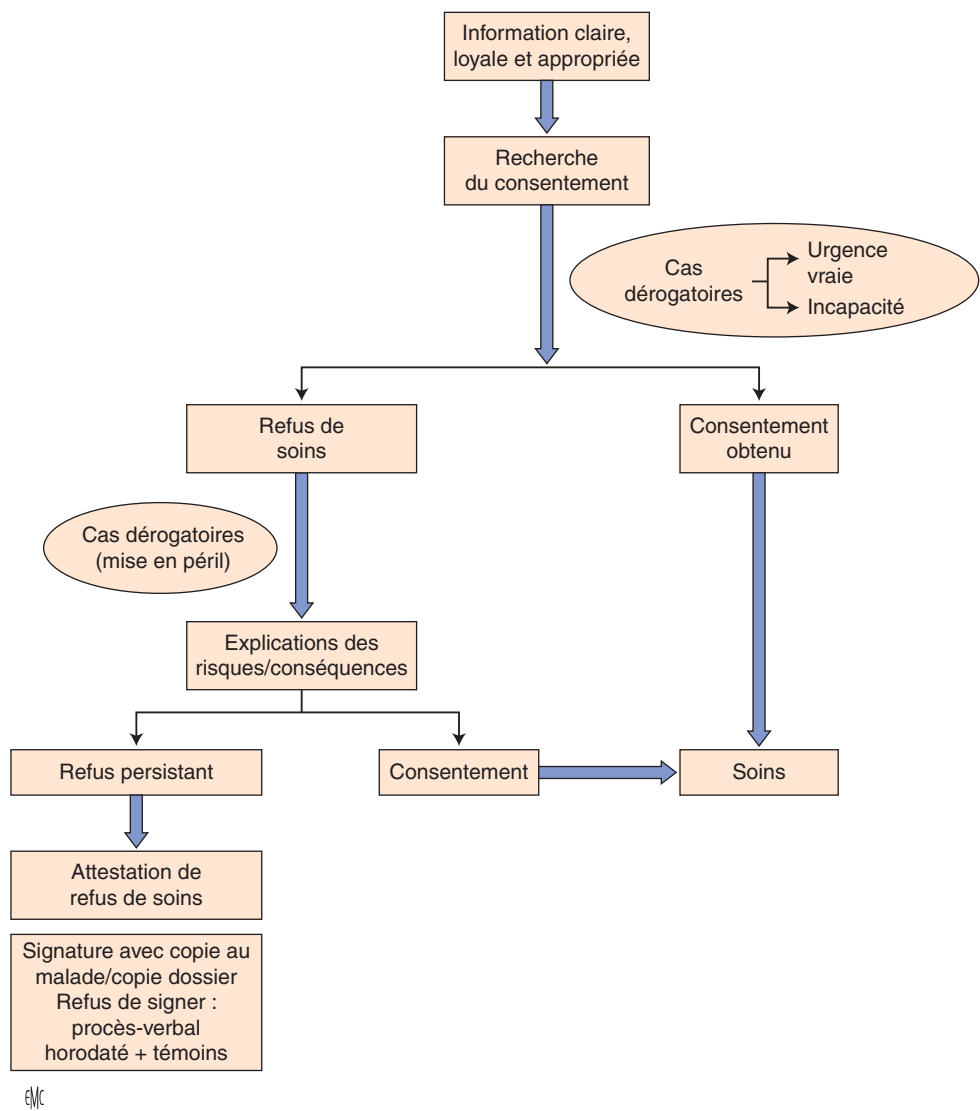


Figure 1. Information et obtention d'un consentement ou refus de soin dans le contexte de l'urgence.

Une attestation de refus de soins doit être signée par le patient. Doivent apparaître sur cette attestation la date, l'heure, le lieu, les risques et conséquences explicites (y compris, le cas échéant, le risque de décès) liés à son refus. Ce document représente certes un élément de preuve, mais ne saurait constituer à lui seul une cause de responsabilité ou d'irresponsabilité. Dans le cas où le patient refuserait de signer le document, le médecin doit établir un procès-verbal attestant du contenu de l'information donnée, de l'annonce explicite des risques et conséquences, du refus de signer le document. Ce procès-verbal doit être contresigné par les personnes ayant assisté à l'entretien. Ces personnes, au titre de témoins, peuvent attester de la véracité des éléments portés sur le procès-verbal.

Si le refus de soins est souvent compris comme celui exprimé par le patient, ou à défaut ses représentants, « pour des raisons professionnelles ou personnelles », le médecin peut, lui aussi, refuser de donner des soins, « hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité »^[38]. Ainsi, certains cas de refus de soins autorisés pour les médecins sont explicitement inscrits dans la loi, dont la pratique de l'interruption volontaire de grossesse^[39], la prise de risque majeure pour le patient, une demande dépassant les compétences^[40] sauf urgence où l'obligation de délivrer des soins reste incontournable. Cette obligation est inscrite dans le Code de déontologie^[41, 42], et reprise par le Code de santé publique^[43]. En effet, ne pas apporter de soins à une personne en péril expose le praticien, sous réserve qu'il ait conscience du péril, à la faute sanctionnée par le Code pénal (article 223-6)^[44]. Cette notion de non-assistance doit être caractérisée par l'abstention volontaire d'intervention^[45], l'usage conscient de

Tableau 4.
Synthèse concernant le refus de soins.

Droit absolu	Code de santé publique Réitérer son refus après « un délai raisonnable »
Jurisprudence	Intervention possible malgré refus si : mise en danger imminente de la vie du patient, absence d'autres possibilités alternatives, actes indispensables à la survie
Pièces justificatives	Attestation horodatée, détaillée (mention des risques et conséquences possibles), signée par le patient du refus ou procès-verbal avec témoins en cas de refus de signer l'attestation par le patient

traitements inefficaces, illusoire^[46] ou de mauvaise qualité^[47]. Néanmoins, dans tous ces cas, la continuité des soins doit être assurée via la transmission des informations utiles à la poursuite des soins auprès du médecin prenant la suite.

Ce refus de soins de la part du médecin est une attitude d'exception, mais a été notamment validée dans le cas de patients agressifs par le Conseil National de l'Ordre (CNO 16 mai 2002 ; 19 février 2003 ; 6 septembre 2007). Néanmoins, la décision du médecin ne pourrait être justifiée par un quelconque argument discriminatoire, ce principe étant stipulé par le Code de la santé publique^[43], avec modifications concomitantes du Code civil^[48], et du Code pénal^[49]. En l'espèce, la personne s'estimant « [...]

victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. » [43].

En pratique, la situation de refus de soins ne doit pas être conflictuelle, mais rester au contraire source de dialogue. La finalité du dialogue est de chercher à comprendre les motivations du refus, leur bien-fondé et éventuellement à obtenir, in fine, l'adhésion du malade aux soins (Tableau 4).

■ Conclusion

Depuis la loi du 4 mars 2002, l'information tient une place majeure dans la relation médicale, tant dans sa divulgation que dans son accessibilité. Si ce texte a profondément modifié le mode de fonctionnement entre « usagers du système de santé » et professionnels, le gain n'est plus à remettre en cause. Cet apport a officialisé la participation explicite du patient à la décision obligeant à plus de clarté, voire de pédagogie, en vue d'obtenir le consentement aujourd'hui appelé par certaines instances éthiques assentiment lorsque l'état cognitif est détérioré. Le refus de soins ne doit pas être source de crispations, mais permettre une reformulation des soins proposés. Si ces éléments sont chronophages, ils ne doivent en rien être négligés, y compris dans un contexte d'urgence.

Déclaration de liens d'intérêts : l'auteur n'a pas transmis de déclaration de liens d'intérêts en relation avec cet article.



■ Références

- [1] Code de la santé publique, Article L 1111-4 modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 (art. 5).
- [2] Code de déontologie médicale, Article R. 4127-36 du Code de la santé publique.
- [3] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article L 1111-2 du Code de santé publique.
- [4] Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- [5] Code de déontologie médicale, Article R 4127-35 du Code de la santé publique.
- [6] HAS, Recommandation de bonnes pratiques, Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, mai 2012.
- [7] Code de la santé publique, Article L 1111-2, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175, Modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7.
- [8] Code de la santé publique, Article L 1111-10 créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9 JORF 5 mars 2002.
- [9] Code de déontologie médicale, Article R. 4127-4 du Code de la santé publique.
- [10] Code pénal, Article 226-13.
- [11] Code de la sécurité sociale, Article L 162-2.
- [12] Code pénal, Article L 226-14.
- [13] Code pénal, Article L 222-22.
- [14] Code de santé publique, Article L 1111-6, modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 (art. 9).
- [15] Code de la santé publique, Article L 1110-4, créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002.
- [16] Cour de cassation, Arrêt Hédreul, Civ. 1, n°94-19685.
- [17] Conseil d'État, 5 janv. 2000, req n°181899.
- [18] Cour de cassation, 12 janvier 2012, n°10-24447.
- [19] Cour de cassation, 1^{ère} civ, 6 décembre 2007, n°06-19301.
- [20] Cour de cassation, 1^{ère} civ, 3 juin 2010, n°09-13591.
- [21] Code de santé publique, Article L 1111-7 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 189, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96.
- [22] Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press; 1998.
- [23] Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
- [24] Code civil, article 16-1 créé par la loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - article 3 JORF 30 juillet 1994.
- [25] Consultation européenne sur les Droits des Patients, Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, Amsterdam, 28-30 mars 1994.
- [26] Code de déontologie médicale, Article R. 4127-42 du Code de la santé publique.
- [27] Code de la santé publique, Article L 1110-10 créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (art. 9). JORF 5 mars 2002.
- [28] Code de la santé publique, Article L 1111-5 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (art. 7).
- [29] Laude A. Le droit à l'information du malade. *Presses de sciences Po* 2005;4:43-51.
- [30] Marco CA, Brenner JM, Kraus CK, McGrath NA, Derse AR. ACEP Ethics Committee Refusal of emergency medical treatment: case studies and ethical foundations. *Ann Emerg Med* 2017;70:696-703.
- [31] Ordre National des Médecins. Du droit au consentement au droit au refus de soins, rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 29 et 30 janvier 2004.
- [32] Code de déontologie médicale, Article R. 4127-37 du Code de santé publique, commentaires de l'Ordre.
- [33] Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- [34] Me S. Pontier. Le refus de soins, 8 avril 2004 disponible sur <http://www.avodroits-public.com/fr/publications/id-23-le-refus-de-soins>.
- [35] Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Refus de traitement et autonomie de la personne, Avis 87, 14 avril 2005.
- [36] Code de santé publique, Article L 1110-2, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [37] Arrêt du Conseil d'État, 26.10.2001, Mme S.
- [38] Code de déontologie médicale, Article R. 4127-27 du Code de la santé publique.
- [39] Code de déontologie médicale, article R. 4127-18 du Code de la santé publique.
- [40] Code de déontologie médicale, article R. 4127-70 du Code de la santé publique.
- [41] Code de déontologie médicale, article R. 4127-9 du Code de la santé publique.
- [42] Code de déontologie médicale, article R. 4127-47 Code de la santé publique.
- [43] Code de la santé publique, article L 1110-3.
- [44] Code pénal, Article 223-6, modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 (art. 3). JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002.
- [45] Cour de cassation, chambre criminelle, du 3 février 1993, 92-83526, publié au bulletin.
- [46] Cour de cassation, chambre criminelle, du 6 mai 1997, 97-81013, publié au bulletin.
- [47] Institut Droit et Santé. Le refus de soins opposé au malade. Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp-refus_soins_ann_ids_env_sb_1106_av_140610.pdf.
- [48] Code civil, Article 16-13 Créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 4 JORF 5 mars 2002.
- [49] Code pénal, Article 225-1 et Article 225-3. Modifiés par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 4 JORF 5 mars 2002.

A. Santin (aline.santin@aphp.fr).
Service de médecine interne, Hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Santin A. Information, consentement, refus de soins. EMC - Médecine d'urgence 2019;14(1):1-7 [Article 25-210-A-20].

Disponibles sur www.em-consulte.com

 Arbres
décisionnels

 Iconographies
supplémentaires

 Vidéos/
Animations

 Documents
légaux

 Information
au patient

 Informations
supplémentaires

 Auto-
évaluations

 Cas
clinique

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur em-consulte.com et em-premium.com :

1 autoévaluation

[Cliquez ici](#)

1 cas clinique

[Cliquez ici](#)