

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le refus des soins non psychiatriques en situation de soins psychiatriques
sans consentement**

Présentée et soutenue publiquement le 17 Mars 2020 à 18 h
au Pôle Formation
par **Guillaume PLISSON**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Co-directrice et Co-directeur de thèse :

Madame le Docteur Mathilde HORN

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	3
LEXIQUE	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES ANNEXES	7
RESUME.....	8
PREAMBULE	9
1. GRANDS PRINCIPES	24
1.1 Le refus de soins	24
1.2. Le jugement	26
1.2.1 Les altérations du jugement.....	27
1.2.2. Evaluation du jugement.....	27
1.2.2.1. Evaluation cognitive globale	27
1.2.2.2. Evaluation spécifique du jugement	29
1.3. Le consentement du patient.....	30
1.3.1. La sémiologie du consentement	31
1.3.2. L'évaluation de la capacité à consentir	35
2. APPROCHE ETHIQUE ET JURIDIQUE DU REFUS DE SOINS	37
2.1. Approche juridique du refus de soins	37
2.1.1. La responsabilité médicale	37
2.1.1.1 La responsabilité pénale	38
2.1.1.2. La responsabilité disciplinaire.....	39
2.1.1.3. La responsabilité ordinale	39
2.1.1.4. La responsabilité civile.....	40

2.1.1.5. La responsabilité administrative.....	40
2.1.2. Les droits des patients	41
2.1.2.1. Le droit à l'information médicale.....	41
2.1.2.2. Le consentement au sens juridique.....	43
2.1.3. Les cas particuliers	43
2.1.3.1. Le patient mineur ou majeur en situation d'incapacité	43
2.1.3.2. Le patient majeur hors d'état de s'exprimer.....	44
2.1.3.3 Les interventions médicales sans consentement	44
2.1.4. La limite légale : la non assistance à personne en danger	46
2.1.5. La jurisprudence	47
2.2. Approche éthique	48
2.2.1 Principe de non-malfaisance	49
2.2.2. Principe de bienfaisance	50
2.2.3. Principe d'autonomie	51
2.2.4 Principe de dignité.....	52
3. CONDUITES A TENIR DEVANT UN REFUS DE SOINS NON PSYCHIATRIQUE ET UNE ALTERATION DE LA CAPACITE A CONSENTIR	54
3.1. L'évaluation de la balance bénéfice/risque	54
3.1.1. Les bénéfices attendus relatifs aux soins proposés	55
3.1.2. L'évaluation des risques.....	55
3.1.3. Le degré d'urgence.....	57
3.2. Mise en perspective autour des cas cliniques.....	58
4. CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXE.....	75

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BREF : Batterie Rapide d'Efficienc e Frontale

CEEM : Charte Européenne d'Ethique Médicale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMI : Certificat Médical Initial

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CSP : Code de la Santé Publique

EUPATI : *European Patient's Academy*

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

MacCAT-T : *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*

MMSE : *Mini-Mental State Examination*

MoCA : *Montreal Cognitive Assessment*

MPB : Mesure de Protection des Biens

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDRE : Soins psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SDT : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SDT-U : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SL : Soins Libres

SPI : Soins psychiatriques en Péril Imminent

SPSC : Soins Psychiatriques Sans Consentement

TSH : *Thyroid Stimulating Hormon*

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Lexique

Assentiment : acte d'approbation, accord (1). Synonymes : acquiescement, permission, adhésion.

Collégialité : caractère de ce qui est décidé par un ensemble de personnes partageant la même fonction (1).

Curatelle : régime de protection de la personne et des biens destinée à la gestion courante du patrimoine assortie d'une assistance par le curateur pour les autres actes (1).

Droit : **1.** pouvoir, autorisation ou faculté d'accomplir quelque chose, d'exiger quelque chose, sur la base de règles (individuelles ou collectives) reconnues (1). **2.** Ensemble des principes qui servent aux règles juridiques, et qui régissent les rapports des individus entre eux (1).

Gradué : divisé en degré, qui respecte une progression (1).

Insight : fonction métacognitive d'auto-évaluation (2).

Jugement : action de juger une affaire selon le Droit (1).

Jurisprudence : source de droit faite de l'ensemble des décisions de justice qui viennent interpréter la loi ou combler un vide juridique (1).

Responsabilité juridique : obligation de réparer une faute, de remplir une charge, un engagement (1).

Traçabilité : possibilité de suivre une chose, un objet, un processus tout au long des étapes de son parcours (1).

Tutelle : régime de protection de la personne et des biens assortie pouvant être assortie d'une représentation par le tuteur dans tous les actes de la vie civile (1).

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles psychotiques.

Tableau 2 : Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles de l'humeur.

Tableau 3 : Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des états suicidaires.

Tableau 4 : Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles addictifs.

Tableau 5 : Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles du comportement alimentaire.

Tableau 6 : Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles de la personnalité.

Tableau 7 : Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des pathologies démentielles.

Tableau 8 : Critères de l'*American Psychiatric Association* pour l'évaluation de la capacité à consentir à des soins psychiatriques.

Tableau 9 : Le modèle d'évaluation de la capacité à consentir en cinq dimensions de l'HAS.

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différentes procédures de soins sans consentement à l'admission.

Résumé

Devant une situation de refus de soins, le médecin doit tenir compte **1/ au niveau clinique** : du motif du refus de soins, de l'évaluation du jugement et de la capacité à consentir (*signes de gravité clinique, insight et retentissement sur la qualité de vie*) ; **2/ au niveau juridique** : de sa responsabilité et de ses obligations vis-à-vis du patient (*droit à l'information, au consentement et au refus de soins éclairé*) ; la jurisprudence permet d'illustrer la manière dont certaines situations juridiques ambiguës ont été résolues ; **3/ au niveau éthique** : des principes éthiques fondamentaux (*non-malfaisance, bienfaisance, autonomie et dignité*) ; **4/ de la balance bénéfice-risque** : la délibération confronte des principes susceptibles de s'opposer les uns aux autres ; dans certaines situations (*cas de la non-assistance à personne en danger*) tous les principes ne peuvent pas être respectés simultanément.

La problématique du refus de soins non psychiatrique (*loi du 4 Mars 2002*) est largement complexifiée dans les situations de *soins psychiatriques sans consentement (SPSC)* puisque le patient est alors hospitalisé au motif de « *troubles mentaux qui rendent impossible son consentement* » (*loi du 5 Juillet 2011 modifiée le 27 Septembre 2013*). Dans ce contexte, que nous illustrons ici d'une série de cas cliniques, le médecin doit impérativement doser les actions nécessaires à la sauvegarde de la dignité du patient (*principe de proportionnalité*). Il doit veiller à la protection de celui-ci sans nier totalement sa personne. Dans les situations extrêmes (notamment lorsqu'il existe un risque vital immédiat pour la personne), l'intérêt direct du patient (*l'expression de sa volonté*) peut être sacrifié au bénéfice d'un intérêt indirect (*sa survie*).

En conclusion, les situations de refus de soins non psychiatriques dans les situations de SPSC sont complexes et nécessitent une réflexion clinique, juridique et éthique. La notion de balance bénéfice-risque oriente une décision qui doit être collégiale et tracée dans le dossier médical du patient. Les futurs travaux dans le domaine devront favoriser une prise en compte graduée du consentement et le développement élargi des directives anticipées chez les patients hospitalisés en SPSC.

Préambule

La loi du 4 Mars 2002 « *loi Kouchner* » a profondément modifié le système de santé en France en mettant en place une *démocratie sanitaire* (3). Le consentement de la personne devient un élément indispensable aux soins (4,5). Il existe cependant une dérogation (6) à cette obligation du consentement aux soins en psychiatrie. La loi du 5 Juillet 2011 modifiée le 27 Septembre 2013 a réformé les Soins Psychiatriques Sans Consentement (SPSC). Dans ce travail de thèse, nous nous sommes interrogés sur la question du consentement lorsque les prises en charges sont mixtes, associant des soins psychiatriques et des soins non psychiatriques (ou *somatiques*).

Les cas cliniques illustrant ce préambule présentent trois situations rencontrées à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille concernant trois patients admis en SPSC.

CAS CLINIQUE N°1

M. Z, 45 ans, a été admis en Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE) à l'UHSA du CHU de Lille du 15/04/2019 au 14/11/2019 pour une décompensation psychotique aiguë dans un contexte de rupture thérapeutique et consommations cannabiques.

Mode de vie :

Au niveau de sa situation pénale : le patient est incarcéré depuis 1996. Il est placé en quartier d'isolement.

Au niveau de sa situation familiale : Le patient est célibataire, sans enfant. Il y a un isolement socio-affectif. Il refuse les contacts téléphoniques et les parloirs.

Au niveau de sa situation sociale : Le patient est d'origine sénégalaise. Il a poursuivi la scolarité jusqu'en sixième. A l'âge adulte, le patient est dans une situation de désinsertion sociale. Ses revenus consistent en l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Il n'y a pas de Mesure de Protection des Biens (MPB).

Ses antécédents retrouvent :*Au niveau personnel :*

— Non psychiatrique :

Une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) au stade Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA). Il a déjà pu suivre un traitement antirétroviral en 2011 qu'il a arrêté par la suite. Il refuse également le suivi infectiologique.

Il n'y a pas d'allergie connue.

— Psychiatrique :

On note le diagnostic d'une schizophrénie héboïdophrénique en tout début d'incarcération, et pour laquelle le patient refuse toute prise en charge. Les idées délirantes connues retrouvent des thèmes mégalomaniques et de persécution à type de complot et d'erreur sur son identité ayant conduit à de multiples injustices selon le patient, comme son incarcération, les soins psychiatriques en général, mais également le diagnostic de l'infection par le VIH. On note plusieurs tentatives de suicide dans le parcours du patient. On retrouve plusieurs antécédents d'hospitalisations en Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et de nombreuses hospitalisations complètes en SPSC dont plusieurs dans des UHSA et plusieurs hospitalisations longues (la dernière ayant eu lieu au cours de l'année 2018) en Unité pour Malade Difficile (UMD). Le patient a reçu plusieurs traitements antipsychotiques (ZUCLOPENTHIXOL puis une association HALOPERIDOL/DEPAKOTE dès 2014 avec un relais sous forme retard en 2015 lors d'une hospitalisation en UMD, et enfin OLANZAPINE depuis 2017) à visée curative ayant montré une efficacité partielle.

— Addictologique :

Une dépendance cannabique et tabagique.

Traitements en incarcération :

- OLANZAPINE 30 mg per os par jour ;
- LOXAPINE solution buvable 145 gouttes par jour ;
- DIAZEPAM 80 mg per os par jour.

Histoire de la maladie :

En incarcération sont observés des troubles du comportement, associés à un risque hétéro-agressif et une recrudescence du syndrome délirant dans le contexte d'une nouvelle rupture thérapeutique depuis le retour d'UMD fin 2018, et une rechute des consommations de cannabis. Est posée l'indication d'une mesure de SPSC. Le patient est transféré à l'UHSA du CHU de Lille pour mise à l'abri du risque hétéro-agressif, évaluation thérapeutique, réintroduction d'un traitement antipsychotique à visée curative et stabilisation de la symptomatologie psychotique.

Cliniquement, à l'admission :

Le patient a une présentation incurique. Il y a une altération du contact. Le patient est sthénique. Il est opposant à la prise en charge et refuse les entretiens médicaux. L'exploration de la symptomatologie délirante est compliquée. Dans l'unité sont observées des soliloquies, un retrait relationnel, une ritualisation, et des bizarreries comportementales dont le patient nie l'existence et n'en reconnaît pas le caractère morbide. Il n'y a pas d'idée suicidaire retrouvée.

L'examen somatique est refusé par le patient.

Le patient refuse les examens para-cliniques en particulier les bilans sanguins et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale dans le cadre du bilan de l'évolution du SIDA et ses complications éventuelles. Le patient refuse la mise en place d'un traitement antipsychotique à visée curative ainsi que la réintroduction d'un traitement antirétroviral.

Au cours de l'hospitalisation :

Rapidement, deux axes thérapeutiques et leur intrication sont mis en évidence :

- Un axe psychiatrique, d'une part : le patient présente une schizophrénie résistante pour laquelle les différents traitements antipsychotiques n'ont permis qu'une rémission partielle des symptômes, ceci malgré plusieurs prises en soins en UMD. Le traitement par CLOZAPINE est indiqué. Toutefois, les contraintes liées au traitement par CLOZAPINE comprennent la réalisation d'une Numération Formule Sanguine (NFS) hebdomadaire pendant 18 semaines puis mensuelle pendant toute la durée du traitement afin de surveiller la survenue d'une agranulocytose à risque de complication infectieuse grave. L'observance quotidienne peut également apparaître problématique

dans ce contexte d'opposition aux soins (seule la galénique orale est disponible pour la CLOZAPINE).

- Un axe infectiologique, d'autre part : le patient a déjà fait l'expérience d'un traitement antirétroviral et d'une reconnaissance de l'infection par le VIH. Il existe un enjeu vital à plus ou moins long terme en cas d'évolution prolongée de l'infection sans traitement efficace, un enjeu sur l'efficacité des traitements par le biais de développement de résistances aux traitements antirétroviraux en cas de répétitions des interruptions des traitements et un enjeu vital à court ou moyen terme en l'absence de bilan écartant la possibilité de complications infectieuses aiguës. En effet, une encéphalite infectieuse n'a pas pu être éliminée dans le contexte de la décompensation psychotique aiguë, le patient ayant refusé l'IRM cérébrale.

Or, le refus de soins de l'infection par le VIH par le patient est connu comme étant symptomatique du trouble délirant persistant (idées délirantes mégalomaniaques entraînant un déni de cette infection). En conséquence, le traitement de l'infection par le VIH nécessiterait au préalable une stabilisation de la maladie psychiatrique par la mise en place d'un traitement antipsychotique efficace. Il apparaît alors que le traitement par CLOZAPINE, le plus indiqué pour le trouble psychiatrique du patient, comporte un risque infectieux non négligeable dans le contexte du SIDA. Il y a une nécessité préalable de mettre en place un traitement antirétroviral efficace. Cette situation d'impasse a conduit à une réévaluation de la stratégie thérapeutique.

Dans un premier temps, l'introduction d'un traitement antipsychotique est décidée. Le traitement proposé est l'OLANZAPINE que le patient accepte finalement de prendre dans le cadre du milieu hospitalier et de la mesure de SPSC. Le traitement est progressivement majoré jusque 40 mg/j, posologie hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) avec une efficacité observable sur le contact du patient, sa participation à la vie du service et sa participation aux entretiens médicaux. Le patient finit par accepter la réalisation de bilans sanguins fin Mai 2019. Ce bilan retrouve une charge virale à 110 232 copies/mL, une lymphopénie T CD4+ sévère à 166/mm³ et un rapport CD4+/CD8+ à 0,12. Puis, il accepte la réintroduction d'un traitement antirétroviral par EMTRICITABINE/TENOFOVIR, RITONAVIR et DARUNAVIR associé à une antibioprophylaxie par SULFAMETHOXAZOLE. Le bilan réalisé en Septembre 2019 retrouve une bonne efficacité du traitement antirétroviral avec une charge virale indétectable, une lymphopénie à T CD4+ à 229/mm³ et un rapport CD4+/CD8+ à 0,08. Le patient souhaite poursuivre le traitement

antirétroviral en détention mais se montre ambivalent vis-à-vis du traitement antipsychotique par OLANZAPINE. Cependant, il n'y a pas d'adhésion à un travail addictologique quant à la dépendance cannabique.

Un passage en Soins Libres (SL) est réalisé dans l'optique d'une préparation à la sortie définitive avec un relais ambulatoire assuré par l'Unité Sanitaire Médico-Psychologique (USMP) en détention.

Au total :

Le patient a été hospitalisé du 15/04/2019 Lille au 14/11/2019 pour décompensation psychotique aiguë traitée par OLANZAPINE et ayant permis la reprise d'un traitement antirétroviral efficace dans le cadre d'une infection par le VIH au stade SIDA.

Le traitement à la sortie était :

- OLANZAPINE 40 mg per os par jour ;
- SULFAMETHOXAZOLE 400 mg per os par jour ;
- EMTRICITABINE/TENOFOVIR 200 mg/245 mg 1 comprimé per os par jour ;
- RITONAVIR 100mg 1 comprimé per os par jour ;
- DARUNAVIR 800 mg 1 comprimé per os par jour.

Dans ce cas clinique, on peut se questionner sur l'attitude à adopter devant les deux pathologies chroniques, psychiatrique et infectieuse, nécessitant chacune des soins refusés par le patient, et devant la distinction entre :

- les soins psychiatriques pour lesquels les troubles psychiatriques ne permettent pas au patient de consentir librement à la prise en soin et indiquent la mise en place d'une mesure de SPSC ;
- les soins non psychiatriques pour lesquels aucune mesure légale de soins sans consentement n'est possible dans le contexte du refus d'un traitement antirétroviral.

On peut également s'interroger sur :

- l'abord du refus de soins du patient quant aux traitements d'une maladie dite *somatique* lorsque ce refus apparaît comme symptomatique d'un trouble psychiatrique altérant la validité du consentement du patient ;
- et, dans ce contexte, quelle attitude adopter en tant que soignant vis-à-vis de la volonté de fournir des soins optimaux d'un point de vue strictement médical et la limitation de ces soins du fait d'un trouble psychiatrique.

CAS CLINIQUE N°2

M. Y, 31 ans, a été hospitalisé en SDRE à l'UHSA du CHU de Lille du 20/06/2019 au 04/09/2019 pour adaptation thérapeutique dans le cadre d'une décompensation schizo-affective.

Mode de vie :

Au niveau de sa situation pénale : Le patient est incarcéré depuis 2010. Il s'agit de sa troisième incarcération depuis 2008.

Au niveau de sa situation familiale : Le patient serait marié et aurait un enfant. Il y a un isolement socio-affectif.

Au niveau de sa situation sociale : Le patient est d'origine Guinéenne. Il vit en France depuis ses 8 ans. Il a suivi un parcours scolaire classique et a un baccalauréat économique et social. Son parcours retrouve une désinsertion sociale dès la majorité. Il touche l'AAH. Il n'y a pas de MPB.

Ses antécédents retrouvent :

Au niveau personnel :

- Non psychiatrique :

Une hypertrophie ventriculaire gauche électrique connue, sans symptôme cardiaque à l'effort, sans hyperactivité sportive, n'ayant pas été explorée par refus en détention par le patient des examens et consultations cardiologiques ;

De multiples ingestions de corps étrangers et refus des examens radiologiques en détention ;

On note un syndrome de dépendance tabagique et d'anciennes consommations de cannabis sevrées ;

Il n'y a pas d'allergie connue.

Psychiatriques :

- Un trouble schizo-affectif diagnostiqué en 2011 et ayant été traité par une association ZUCLOPENTHIXOL/OLANZAPINE, puis HALOPERIDOL sous forme retard associé à l'ACIDE VALPROIQUE en 2012, HALOPERIDOL/CARBAMAZEPINE en 2013, puis HALOPERIDOL per os associé au VALPROMIDE dès 2017, puis HALOPERIDOL/LITHIUM depuis la même année ;
- De multiples hospitalisations en psychiatries en soins SPSC dont plusieurs UHSA et 2 UMD (la dernière ayant eu lieu entre 2014 et 2015).

Au niveau familial :

Il n'y a pas d'antécédent de mort subite retrouvé ni de pathologie cardiaque ;

On retrouve de très nombreuses notions de troubles psychiatriques non spécifiés dans la famille, au premier, deuxième et troisième degré.

Le traitement à l'admission est :

- LITHIUM 800 mg comprimés à libération prolongée par jour ;
- HALOPERIDOL 30 mg per os par jour ;
- LOXAPINE 60 mg per os par jour ;
- PROPRANOLOL 40 mg per os par jour ;
- ZOPICLONE 7,5 mg 1 comprimé au coucher.

Histoire de la maladie :

En détention, sont observés des troubles du comportement à risque hétéro-agressif, ainsi qu'une majoration de la symptomatologie représentée par une désorganisation intellectuelle, affective et comportementale, des hallucinations intrapsychiques et sensorielles, et des idées délirantes à thèmes de persécution. Il n'y a pas de rupture thérapeutique ni de rechute des consommations de cannabis, ni de consommation d'autres drogues. L'évaluation psychiatrique initiale pose l'indication de SPSC. Le patient est hospitalisé à l'UHSA du CHU de Lille pour adaptation thérapeutique et stabilisation des troubles.

Cliniquement, à l'admission :

Le patient a une présentation soignée. On note un important trouble du contact. Le patient est sthénique mais coopérant, sans auto ni hétéro-agressivité. Le discours est marqué par d'importants troubles du cours de la pensée à type de coq-à-l'âne, de barrages, associés à une importante tachypsychie, un ludisme, et une logorrhée. Le raisonnement logique est sévèrement altéré par des raisonnements pseudo-scientifiques et des rationalismes morbides. Le patient présente en outre une ambivalence affective et comportementale, ainsi qu'une labilité majeure des émotions. On note aussi des idées délirantes polymorphes, à thèmes de persécution, mystiques, mégalomane et messianiques, de mécanismes interprétatifs, intuitifs, hallucinatoires sensoriels (visuels, acoustico-verbaux, et cénesthésiques) et intrapsychique (télépathie, devinement de la pensée, vol de la pensée, hallucinations psycho-verbales et psychomotrices). L'adhésion au délire est totale, congruent et non congruent à l'humeur, et celui-ci évolue depuis au moins plusieurs mois. Il y a des insomnies mixtes mais pas d'altération des autres conduites instinctuelles. On ne retrouve pas d'idée suicidaire.

L'examen somatique d'entrée retrouve des effets indésirables du traitement antipsychotique à type de syndrome extrapyramidal gênant pour le patient, ainsi que d'importants tremblements des extrémités.

On conclut à une décompensation schizo-affective sur un échappement au traitement de fond.

Les examens paracliniques retrouvent :

- une hypertrophie ventriculaire gauche électrique avec un indice de Sokolov supraliminaire à 36 mm ;
- une augmentation modérée de l'hormone thyroïdienne (TSH) à 4,47 μ UI/mL avec la T3 libre dans les normes à 4,2 pmol/L et T4 libre dans les normes à 9,5 pmol/L ;
- le reste du bilan est sans autre particularité.

Le patient refuse l'IRM cérébrale.

Au cours de l'hospitalisation :

D'importants troubles du comportement sont observés. Le patient « dérobe » très régulièrement des effets personnels appartenant à d'autres patients mais semble convaincu d'en être le propriétaire. Aussi, à de très nombreuses reprises, le patient dégrade le matériel hospitalier, et conserve sur lui de petits objets issus du démantèlement d'autres objets. Les

explications du patient quant à ces comportements sont empreints d'idées délirantes mégalomaniaques et messianiques. Une surveillance accrue du risque suicidaire ainsi que l'instauration d'un traitement sédatif par LORAZEPAM et LEVOMEPRMAZINE (en relais de la LOXAPINE) sont alors justifiées devant le risque d'ingestion de corps étrangers.

L'avis endocrinologique au sujet de l'augmentation isolée de la TSH ne retient pas d'indication formelle à un arrêt du traitement par LITHIUM mais celui-ci serait préférable à long terme. Un contrôle de la TSH est souhaitable à distance.

Le patient accepte initialement l'échographie cardiaque après plusieurs entretiens médicaux visant à expliquer l'intérêt de cet examen. Entre les entretiens, les troubles mnésiques associés à la désorganisation intellectuelle que présente le patient ne lui permettent pas de retenir le contenu de ces entretiens. *In fine*, il refuse l'examen lors de la consultation cardiologique. Un sentiment de persécution, d'allure délirante, est exprimé par le patient.

Le patient reconnaît aisément la maladie dont il souffre et il est très observant aux traitements en milieu hospitalier. L'indication à un traitement antipsychotique curatif par CLOZAPINE est retenue devant l'échappement au traitement par HALOPERIDOL. Le relais est programmé par une décroissance progressive de l'HALOPERIDOL sur deux semaines, et une titration de la CLOZAPINE au rythme de 25 mg par jour. La titration lente est choisie afin de limiter le risque de complication cardiaque. La réalisation des NFS hebdomadaires est acceptée par le patient après explication de leur nécessité pour la poursuite du traitement.

A 22 jours de l'introduction de la CLOZAPINE (soit 550 mg/j), et malgré une surveillance attentive du transit et des mesures hygiéno-diététiques, le patient signale un arrêt des selles sans arrêts des gaz. Le traitement par LEVOMEPRMAZINE est interrompu. Un traitement laxatif par MACROGOL est mis en place sans efficacité. A 27 jours de constipation, le patient signale une douleur abdominale. Le patient est transféré aux urgences. L'exploration radiologique retrouve de multiples corps étrangers métalliques et un mégacôlon. Le patient refuse le lavement par voie basse préconisé par les urgentistes. Le traitement par voie haute est le seul possible. Le patient est informé du risque d'occlusion abdominale, du risque de perforation colique et du risque de décès en cas d'inefficacité du traitement par voie haute. Il est transféré à l'UHSA pour la suite des soins. Le traitement prescrit est POLYETHYLENE GLYCOL 1 L par jour, MACROGOL à posologie maximale, et PARAFFINE. Cinq jours plus tard, est constaté la résolution de l'épisode de constipation sévère. Est maintenu un traitement laxatif par MACROGOL.

La suite des soins est simple. Sur le plan psychiatrique, on observe une régression partielle de la désorganisation intellectuelle, une régression satisfaisante des éléments délirantes, une bonne critique des troubles par le patient, une bonne adhésion à la prise en soins psychiatrique et aux traitements, et un amendement des troubles du comportement. Le traitement sédatif est arrêté progressivement. Le patient est accessible à l'éducation thérapeutique concernant le traitement par CLOZAPINE. Le patient se projette positivement dans un retour en détention avec une reprise de son suivi en USMP.

La sortie est organisée le 04/09/2019 avec pour consigne de surveiller le transit et un contrôle de la TSH à réaliser.

Au total : Le patient a été hospitalisé du 20/06/2019 au 04/09/2019 pour une décompensation schizo-affective dans un contexte d'échappement au traitement de fond, traitée par CLOZAPINE. Le patient a présenté des effets indésirables liés aux traitements dont un épisode de constipation sévère au cours de l'instauration du traitement. Un effet indésirable du traitement par LITHIUM est resté en attente de confirmation aux examens sanguins et des anomalies électrocardiographiques n'ont pas pu être explorées.

Le traitement à la sortie était :

- CLOZAPINE 650 mg comprimé per os par jour ;
- LITHIUM 800 mg comprimé à libération prolongée par jour ;
- BISOPROLOL 60 mg comprimé per os par jour ;
- ZOPICLONE 7,5 mg comprimé per os par jour ;
- MACROGOL 13,12 g per os 6 à 9 sachets par jour.

Ce cas clinique décrit une prise en soins limitée par le refus du patient :

- de réaliser certains examens complémentaires indiqués dans l'évaluation des effets indésirables des traitements psychiatriques et l'élimination de contre-indications à certaines adaptations thérapeutiques envisagées ;
- ainsi qu'un traitement indiqué dans le cadre d'une pathologie non psychiatrique comprenant un enjeu vital potentiellement urgent et de surcroît relevant d'un effet indésirable à un traitement prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

On peut alors s'interroger sur les points suivants :

- comment aborder le refus des examens complémentaires nécessaires à l'évaluation diagnostique et l'élaboration d'une stratégie thérapeutiques en psychiatrie lorsque les troubles ne permettent pas au patient de consentir librement à la prise en soin ;
- quelle attitude adopter face à une pathologie non psychiatrique pouvant exposer le patient à un danger en situation de refus de soins lorsque la capacité à consentir librement à ceux-ci est altérée ;
- comment envisager l'intervention médicale de manière proportionnée (notamment au regard des effets indésirables des traitements) au danger que constitue le refus de soins d'une personne dont la capacité à consentir est altérée.

CAS CLINIQUE N°3

M. X, 23 ans, a été hospitalisé en SDRE à l'UHSA du CHU de Lille le 17/10/19 pour un premier épisode psychotique aigu.

Mode de vie :

Au niveau de sa situation pénale : Il s'agit d'une troisième incarcération.

Au niveau de sa situation familiale : Sa famille réside en Guyane française. Il entretient des contacts téléphoniques avec sa mère. Il est le cadet d'une fratrie de dix enfants. Il est célibataire sans enfant.

Au niveau de sa situation sociale : Il détient un diplôme professionnalisant en agro-alimentaire. Il réside en métropole depuis ses 18 ans. Il est sans emploi, sans domicile fixe, et il n'a pas de revenu. Un projet de réinsertion par le biais d'un hébergement en foyer jeune travailleur a été compromis par la présente incarcération. Il n'y a pas de MPB.

Ses antécédents retrouvent :

Au niveau personnel :

- Non psychiatrique :

Il n'y a pas d'antécédent non psychiatrique notable.

— Psychiatriques :

Le patient a bénéficié d'un suivi psychiatrique lors d'une précédente incarcération et avait reçu un traitement par antidépresseur.

Il a bénéficié d'un suivi addictologique en 2015 pour un mésusage d'alcool.

Au niveau familial :

Il existe la notion d'un trouble psychiatrique non spécifié chez un oncle paternel.

Le traitement à l'admission est :

Il n'y a pas de traitement en cours à l'admission.

Histoire de la maladie :

Le patient a présenté des troubles du comportement en incarcération, avec des attitudes d'écoutes, un sentiment de persécution d'allure délirant, et une désorganisation affective, intellectuelle et comportementale. L'évaluation psychiatrique initiale retient l'indication de SPSC et le patient est transféré à l'UHSA.

Cliniquement, à l'admission :

Le patient a une présentation correcte. Il y a un trouble du contact marqué par une bizarrerie et une méfiance. Le discours est désorganisé dans sa structure et son rythme. On note une augmentation des latences de réponse verbale. Il existe une importante ambivalence et comportementale. Le patient manifeste des attitudes d'écoute, rapporte des injonctions hallucinatoires auto-agressives ainsi que des idées délirantes à thèmes de persécution. Il y a une froideur des affects et une anxiété exprimée. Le patient adhère passivement aux soins.

L'examen somatique réalisé à l'admission ne retrouve pas d'anomalie particulière.

Le bilan sanguin standard est sans particularité. Les examens toxicologiques sanguins et urinaires sont négatifs. L'électrocardiogramme est normal.

Au cours de l'hospitalisation :

Un traitement antipsychotique à visée curative par RISPERIDONE est introduit, ainsi qu'un traitement antipsychotique par CYAMEMAZINE à visée sédatrice. Au 17^{ème} jour d'introduction du traitement, sont observés un négativisme, une catalepsie, une flexibilité

circuse, un quasi-mutisme, un refus des traitements, de l'alimentation et de l'hydratation orale. Le diagnostic d'un syndrome catatonique est posé. Un traitement curatif par LORAZEPAM 10 mg/j est prescrit et les traitements par RISPERIDONE et CYAMEMAZINE sont suspendus. Après 48 heures sans hydratation ni alimentation per os, le patient refuse toujours les traitements malgré des entretiens médicaux quotidiens. Il est expliqué au patient qu'il existe un risque de complications graves en l'absence de traitement de la catatonie et que le pronostic vital est engagé. A de nombreuses reprises, le patient manifeste une ambivalence comportementale et une ambitendance qui ne lui permettent pas de prendre les traitements per os. Le patient saisit le gobelet et le repose de nombreuses fois avant de le porter aux lèvres, conserve les traitements en bouche, les avale partiellement et les recrache partiellement. Le patient refuse également les prélèvements sanguins prescrits, nécessaires afin de surveiller la survenue de troubles hydroélectrolytiques. Ces comportements s'intègrent dans la symptomatologie catatonique associée à une désorganisation comportementale. Le patient est interrogé sur les raisons de son refus de prendre les traitements. A une occasion, le patient déclare qu'il ne « *peut pas les prendre* » sans risquer que « *tout le monde meurt* ». Ces propos témoignent d'idées de ruine ou de culpabilité délirante pouvant s'intégrer dans un tableau mélancolique.

Il est alors convenu après discussion en collégialité de la mise en place d'un traitement curatif de la catatonie par voie parentérale.

La voie intraveineuse est choisie. L'opposition active du patient nécessite la mise en place d'une contention physique. Le traitement par DIAZEPAM est initié à la dose de 10 mg toutes les 4 heures assorti d'une hydratation parentérale à 1,5 L par jour à adapté en fonction d'éventuels apports hydriques per os, et d'une prescription d'une ampoule de glucose 30 % en cas d'hypoglycémie sévère. Après 24 h de contention et de traitement par perfusion, le patient accepte les traitements per os et reprend une hydratation. La mesure de contention physique est levée et le patient interagit avec le personnel soignant et les autres patients. Le jour même, il reprend l'alimentation.

La suite des soins permet une décroissance progressive des benzodiazépines à partir d'un mois. Un traitement antipsychotique à visée curative par ARIPIPRAZOLE a pu être prudemment réintroduit avec l'accord du patient.

Au total :

Le patient a été admis pour un premier épisode psychotique aigu compliqué d'un syndrome catatonique dans une situation de refus de soins sur des perceptions délirantes, et dont les thérapeutiques mises en place ont permis d'écarter le risque vital et d'amorcer un travail d'alliance thérapeutique pour la suite des soins.

Dans ce cas clinique, l'élaboration de la stratégie thérapeutique aborde plusieurs problématiques :

- Des SPSC ont été mis en place afin de traiter des troubles mais les thérapeutiques initiales ont aggravé et révélé un syndrome catatonique ;
- Le patient n'est pas en mesure de s'alimenter ni de s'hydrater seul du fait du syndrome catatonique, ce qui le met en danger ;
- Le patient n'est pas en mesure d'observer les traitements prescrits et que nécessite son état ;
- Le patient refuse les examens complémentaires nécessaires à la surveillance des complications du syndrome catatonique et à la prévention du risque vital.

Devant ce cas clinique, on peut alors se questionner sur :

- La pertinence d'une dichotomie rigide entre pathologies psychiatriques et pathologies non psychiatriques, et donc la pertinence d'une séparation stricte entre soins dits « psychiatriques » et soins dits « somatiques » dans l'abord du patient et de son consentement ;
- La perception qu'une personne soignante peut avoir du refus de soins lorsqu'il n'est pas explicite chez une personne pour laquelle la capacité à consentir librement aux soins est altérée ;
- Comment envisager, en cas d'enjeu vital, les actions strictement nécessaires aux soins qui ont été refusés ;
- Dans une situation complexe de refus de soins, comment éviter la prise de décision unilatérale et quels intervenants inclure dans la prise de décision.

A partir de ces situations cliniques, ce travail de thèse s'intéresse à l'application de la loi du 4 Mars 2002 en psychiatrie, dans une discipline où les troubles peuvent altérer la capacité à consentir aux soins. Ce travail vise à clarifier la réflexion nécessaire à l'élaboration des conduites à tenir médicales face aux refus de soins non psychiatriques dans les cas où la capacité à consentir est altérée du fait d'un trouble psychiatrique. Ainsi d'exposer notre propos, nous développerons tout d'abord les grands principes que sont le consentement, le jugement et le refus de soins. Puis, nous aborderons l'approche juridique et éthique du refus de soins. Enfin, nous appliquerons les grands principes développés dans cette thèse aux situations cliniques présentées en préambule.

1. Grands principes

Les soins se définissent, de manière générale, comme l'ensemble des « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* » (1). Plus précisément, en médecine, il s'agit de l'ensemble des « *actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* » (1). En outre, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la *santé* comme « *un état de complet bien-être, physique, mental, et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'OMS érige la santé en tant qu'un « *des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (7). Plus que des soins, il s'agit aussi d'une relation soignante, impliquant des actes techniques ou non qui tendent au bien-être, au sens large, du patient. Ces actes peuvent être à visée préventive, diagnostique, pronostique, curative, symptomatique ou encore palliative. La relation s'établit grâce à une confiance mutuelle concernant les attentes réciproques du patient et du médecin (4). C'est pourquoi le consentement du patient est à la fois déterminant et indispensable pour tout acte lié aux soins. Cette notion sera à distinguer de la capacité de jugement qui lui est proche (6), ainsi que de la notion de refus de soins.

1.1 Le refus de soins

L'évolution de la relation médecin-patient vers un modèle autonomiste place le patient en situation de se voir proposer des soins. Il peut les accepter ou les refuser selon son appréciation (5). Les situations de refus de soins peuvent potentiellement altérer la qualité de la relation médecin-patient. En effet, le refus de soins peut être compris par le médecin comme une remise en question de la finalité bienveillante des soins proposés. En outre, il peut s'agir d'un refus de l'ensemble des soins proposés ou d'un refus de certains traitements sans pour autant que la possibilité d'autres soins soit compromise (4). Outre les traitements, le refus peut s'exprimer concernant une hospitalisation, un vaccin, un examen dans le cadre d'une investigation diagnostique, un soin dit de *nursing*, etc. Le refus de soins correspond alors à une situation où l'entente n'est a priori pas possible entre le médecin et le patient concernant la conduite à tenir face à une problématique de santé, que le refus de soins soit total ou partiel. Ce refus s'inscrit dans la relation par le biais de la communication.

La communication correspond à l'échange, l'envoi et la réception, d'informations par des canaux verbaux, para-verbaux et non-verbaux (8). Ainsi un refus de soins peut s'exprimer verbalement et explicitement. Sa compréhension en est simple et peut être entendue de

manière objective par autrui. Mais le refus de soins ne s'exprime pas seulement par un « non » archétypal. Le refus peut être implicite et ne pas être exprimé verbalement comme tel. Il se comprendra par l'observation du comportement du patient qui peut être opposant à la prise en soins. Le refus peut être aussi plus subtil, et se traduire dans l'observation de la participation du patient aux soins (4). Il peut s'agir par exemple d'une situation d'inobservance d'un traitement pour lequel il y aurait eu un accord verbal de la part du patient quant à son initiation.

Les causes du refus de soins peuvent être uniques ou multiples. Elles peuvent être explicitées d'emblée ou non par le patient. Le refus de soins a trait au vécu subjectif de la personne qui n'est pas réduite à son statut de patient (9). Une étude qualitative récente (10) identifiait les motifs de refus de soins suivants comme les plus fréquents :

- le défaut d'information, l'information insuffisante ou de mauvaise qualité quant aux soins, à la maladie, aux effets indésirables, aux bénéfices attendus du traitement ;
- les antécédents médicaux familiaux ou médico-chirurgicaux personnels qui peuvent être sources d'appréhension, de peur des traitements, ou de difficultés d'acceptation de la maladie ;
- les croyances religieuses (les interdits religieux, certaines valeurs ou principes moraux associés à la croyance religieuse) ;
- le coût financier représenté par certains soins pouvant constituer un obstacle à leur acceptation ;
- les influences extérieures (les médias et l'image véhiculée sur la maladie ou les traitements par ceux-ci, mais aussi l'entourage et l'effet dissuasif de certains discours familiaux voire même des contraintes exercées par des tiers sur les patients) ;
- les prises en charge jugées contraignantes et inutiles (il peut y avoir une disproportion entre la lourdeur des soins et la gravité de la maladie, ou bien, les soins peuvent être considérés comme inutiles par rapport à la finalité prévisible de la maladie) ;
- la peur de la maladie, des actes techniques, des effets indésirables des traitements, de la perte d'autonomie ;
- le fait de se sentir en bonne santé voire le déni de la maladie ;
- les motifs en rapport avec le traitement médicamenteux (comme une aversion au goût du traitement par exemple) (10).

Une autre étude qualitative, faite dans le cadre d'un travail de thèse de médecine, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés chez des médecins généralistes, évoquait de surcroît des refus de soins en lien avec la personnalité des patients mais aussi en lien avec des pathologies susceptibles d'altérer la capacité de jugement (11).

1.2. Le jugement

Le jugement se définit comme la « *faculté de l'esprit qui permet de juger, notamment de bien juger, d'apprécier* ». C'est également « *l'action de se faire une opinion* », ou encore « *l'appréciation portée sur quelque chose ou quelqu'un* ». Le discernement est souvent proposé comme synonyme en terme de « *faculté de juger et d'apprécier avec justesse* » ou « *sens critique* » (1). En médecine il s'agit d'une fonction cognitive appartenant aux fonctions exécutives, au même titre que l'attention, le raisonnement, et la conceptualisation (12). L'Association Québécoise des Neuropsychologues définit le jugement comme la « *capacité à évaluer la meilleure alternative face à un problème en fonction des buts à atteindre, des valeurs et des règles sociales* ». Une thèse doctorale en psychologie réalisée à l'Université du Québec à Montréal présente, à partir d'une revue de la littérature, le jugement comme une fonction cognitive composite sous-tendue par plusieurs autres (13). Les étapes du processus de jugement résumées dans ce travail sont :

- *l'estimation cognitive* : l'étape d'évaluation d'un éventuel problème et de la nécessité ou non d'élaborer des stratégies alternatives ;
- *le raisonnement* : l'étape de compréhension du problème auquel l'on est confronté ;
- la récupération de solutions préalablement apprises : l'étape de récupération d'informations à partir de la mémoire à long terme ;
- *la génération de nouvelles solutions* : l'étape faisant intervenir la créativité et qui s'appuie sur l'expérience ;
- *l'évaluation des solutions* : l'étape d'anticipation et de déduction des éventuels avantages et inconvénients à chaque solution envisagée, ainsi que le degré d'incertitude de cette même évaluation.

Le jugement est finalement plus un processus qu'une fonction. Les fonctions cognitives mobilisées par ce processus sont multiples, au premier plan, le raisonnement, la mémoire à long terme et la mémoire de travail (13). Le jugement participe dans sa finalité à la modulation et l'adaptation du comportement en fonction de l'environnement et du contexte dans lequel le sujet est placé.

1.2.1 Les altérations du jugement

L'altération du jugement se manifeste par une « *logique inappropriée et des indécisions* » (14). Cette altération peut être secondaire à l'altération des capacités mnésiques, attentionnelles ou de la capacité de raisonnement (13). L'altération du jugement peut être temporaire, comme dans les cas de confusions mentales dans lesquels l'altération du jugement est secondaire au trouble de la vigilance. Les étiologies sont généralement réversibles comme dans les étiologies médicamenteuses ou carenciales (15). L'altération peut également être durable comme dans les troubles neurocognitifs évolutifs (maladies neurodégénératives notamment) ou d'autres pathologies non évolutives entraînant des lésions structurelles cérébrales (accidents vasculaires cérébraux, séquelle post-traumatique, etc.). L'altération cognitive résultant du processus pathologique sous-jacent ou d'une séquelle lésionnelle est alors susceptible de constituer un handicap (16). Outre la temporalité de l'altération, on peut distinguer les altérations quantitatives et qualitatives. Les altérations quantitatives se retrouvent par exemple dans les situations de handicap mental. L'exemple du handicap mental résulte d'une altération cognitive globale, généralement peu évolutive, et se traduit par une diminution de l'efficacité intellectuelle dont l'apparition est congénitale. Quant aux altérations qualitatives, elles peuvent être illustrées par l'exemple des pathologies dites psychiatriques (les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité etc.). Les altérations qualitatives sont susceptibles plutôt de se manifester après la naissance mais elles peuvent être évolutives (14).

1.2.2. Evaluation du jugement

1.2.2.1. Evaluation cognitive globale

L'examen des fonctions cognitives doit être assorti d'un interrogatoire sur l'anamnèse des troubles et d'un examen clinique général et neurologique (16). Il est indispensable dans un premier temps d'exclure un trouble de la vigilance (12). L'examen psychiatrique peut y être associé selon le contexte clinique (15).

L'évaluation des fonctions cognitives se fait classiquement à l'aide de la *Mini-Mental State Examination* (MMSE). Ce test explore notamment la mémoire épisodique avec un test de rappel différé, l'orientation temporo-spatiale, et les fonctions visuo-spatiales avec une copie de figure. Son score se cote sur 30, avec un seuil pathologique défini comme inférieur à 24/30. Il peut être influencé par le milieu socioculturel. Son inconvénient majeur est de ne pas évaluer les fonctions exécutives (12).

Il lui est de fait préféré le *Montréal Cognitive Assessment* (MoCA). Ce test est divisé en sept grandes sous-parties :

- les fonctions visuo-spatiales et exécutives sont évaluées par un exercice de reliage de point avec déduction de la consigne, un recopiage de figure, et la réalisation d'un dessin d'horloge ;
- les dénominations de représentations d'animaux évaluent les gnosies visuelles et la mémoire sémantique ;
- la mémoire épisodique est testée par un test de cinq mots avec rappel différé ;
- l'attention est testée par des exercices de répétition de séries de chiffres, d'écoute de séries de lettres, et de calcul ;
- l'abstraction est évaluée par un exercice de catégorisation et d'identification de similitudes ;
- l'orientation est recherchée par un interrogatoire sur la date et le lieu de l'examen.

Son score pathologique est inférieur à 26/30. Le Moca est également influencé par le milieu socioculturel (12).

La Batterie Rapide d'Efficiences Frontales (BREF) est un test voué à l'aide au diagnostic du syndrome frontal. Il est divisé en six sous-parties : similitudes et conceptualisation, fluence verbale et flexibilité mentale, programmation (séquence motrice), consignes contradictoires (sensibilité à l'interférence), *go-no go* (contrôle inhibiteur) et comportement de préhension (*grasping*). Coté sur 18, son score pathologique est inférieur à 16. Ce test n'est pas influencé par le milieu socioculturel (12).

Ces trois tests routiniers peuvent aider au diagnostic d'un trouble cognitif et orienter le diagnostic étiologique. Ils peuvent nécessiter la réalisation d'un bilan neuropsychologique complet voire d'examen d'imagerie cérébrale structurale et fonctionnelle (15). Cependant, ils sont finalement peu satisfaisants quant à l'évaluation de la capacité de jugement.

1.2.2.2. *Evaluation spécifique du jugement*

A l'interrogatoire, l'altération du jugement pourra retrouver des « *erreurs de gestions* » dans la vie quotidienne du patient, des « *inadéquations des décisions aux contexte* » (exemple : achats inconsidérés), des changements d'orientation professionnelle ou d'habitation *a priori* soudains ou inhabituels dans le fonctionnement de la personne (16). L'évaluation de la capacité du jugement peut inclure des questions simples telles que « *A votre avis, pourquoi paie-t-on des impôts ?* », ou la recherche d'une critique par le patient d'un énoncé absurde tel que « *Dans les accidents de train, c'est toujours le dernier wagon qui est touché, donc on a décidé de retirer le dernier wagon de tous les trains* » (12,16).

Afin d'augmenter la spécificité de l'évaluation du jugement dans les situations de refus de soins, des tests ont été proposés. Le *questionnaire de Siberfeld* a été établi initialement pour la réalisation des directives anticipées (17). Toutefois, il est parfois proposé pour évaluer rapidement et à l'aide d'un interrogatoire structuré plusieurs aspects de la capacité de jugement face à un refus de traitement (15,18):

- la capacité à énoncer un résumé de la situation ;
- la capacité à formuler une réponse claire quant au traitement souhaité dans la situation ;
- la capacité à envisager un choix alternatif dans la situation ;
- la capacité à expliquer les raisons de son choix ;
- la capacité à formuler les problèmes associés à son choix de traitement ;
- la capacité à considérer la signification de ce choix pour soi et pour sa famille ;
- la capacité à énoncé les effets à court terme du traitement proposé ;
- la capacité à envisager les effets à long terme ;
- la capacité à répéter le traitement choisi dans la situation (15).

Un score strictement inférieur à 6/10 oriente vers un trouble du jugement. L'utilisation du *questionnaire de Siberfeld* pourra éclairer la conduite à tenir devant un refus de soins lorsqu'il est suspecté que ce refus se situe dans un contexte d'altération du jugement.

Le *MacArthur Competence Assessment Tool* (MacCAT-T) est un autre test utilisé pour évaluer la capacité de jugement (19). Parfois jugé « *long et fastidieux* » (18), il reste cependant le mieux validé dans l'évaluation spécifique du jugement. Il s'agit d'une échelle standardisée, semi-structurée, s'appuyant sur une approche cognitiviste. Il mesure « *la*

compréhension de l'information, l'appréciation de l'information dans son contexte situationnel, la mise en évidence d'un choix et la manipulation rationnelle de l'information ». Aucun seuil n'est défini, il dépendra du contexte clinique et sera apprécié par le clinicien. Il ne prend pas en compte les émotions au moment de la passation du test, ni les éventuelles idées délirantes. Son application est difficile en raison de la diversité des étiologies associées à un trouble du jugement (6). En effet, de par sa nature, les scores de ce test sont corrélés au déficit des fonctions cognitives plus qu'à la pathologie ou aux symptômes (2). Son utilisation ne fait donc pas consensus, en particulier en psychiatrie, et il paraît peu maniable voire non pertinent dans une situation d'urgence. Toutefois, aucun test ne serait suffisamment validé pour l'évaluation du jugement et aucun ne dispense d'une évaluation individualisée (15,18).

Au total, pour l'évaluation spécifique du jugement dans le contexte d'un refus de soins :

Le *questionnaire de Siberfeld* est facile d'utilisation et peut orienter rapidement le médecin. Il peut suggérer une altération du jugement. Cependant, ce n'est pas l'indication pour laquelle ce questionnaire est conçu.

La MacCAT-T est une échelle difficile d'utilisation qui ne peut être utilisée dans un contexte d'urgence. Elle est plus spécifique aux altérations du jugement dont l'étiologie est neurologique plutôt que psychiatrique.

A notre connaissance, il n'existe pas d'échelle d'évaluation du jugement validée en psychiatrie.

1.3. Le consentement du patient

Le consentement se définit couramment comme « *un accord, une acceptation* » ou encore « *l'action de consentir* », c'est-à-dire l'action d'« *accepter que quelque chose se fasse* », d'« *accorder* » ou d'« *autoriser* » quelque chose (1). La notion de consentement prend ses sources dans des principes philosophiques qui se sont étendus aux domaines du droit, de l'éthique et de la médecine. Il s'agit donc d'un concept transversal. Historiquement, la notion de consentement résulte d'une « *sanctuarisation du corps humain* » (6) et dont on peut trouver une antériorité dans l'*Habeas Corpus* de l'Angleterre du Moyen Âge. Le consentement aux soins est par nature *libre* et *éclairé* (20). La nature libre du consentement signifie qu'il ne peut y avoir de contrainte (interne ou externe) exercée sur le sujet. Sa nature éclairée, quant à elle, répond à l'exigence d'une information préalable. Par conséquent, le médecin doit transmettre son savoir au patient afin que ce dernier établisse son choix en toute

connaissance des actes liés aux soins dont il fera l'objet, de leurs risques prévisibles, ainsi que de leurs conséquences (21). Pour ce faire, le patient doit être en possession des moyens de comprendre l'information et de prendre des décisions pour lui. Le patient fait alors appel à sa capacité de jugement ou de discernement. En somme, le consentement aux soins doit provenir d'un sujet *compétent* à consentir afin d'être considéré comme valide (20).

La compétence au consentement, ou la capacité à consentir, fait appel à l'idée d'autonomie d'action. Cette autonomie est à rapprocher de l'idée d'une action volontaire et intentionnelle dont les raisons pourraient être expliquées par l'auteur de cette décision (22). Cette compétence contient des aspects d'abord cliniques (abordés dans cette partie) puis légaux qui seront détaillés dans la partie **2.1 Approche juridique du refus de soins** (6,20).

Une dernière notion indispensable à la définition du consentement est sa nature dynamique (20,23). Cela implique que la recherche du consentement doit se répéter afin de s'assurer de sa validité (2). L'abord du consentement dans les pathologies neurologiques et psychiatrique n'est pas aisé. Certaines de ces pathologies peuvent perturber la possibilité de réaliser un choix libre et éclairé car elles sont susceptibles d'altérer « *le jugement, la raison, les affects, la relation à autrui mais aussi la capacité à comprendre des informations médicales* » (24).

1.3.1. La sémiologie du consentement

Il est difficile d'établir une sémiologie de la capacité à consentir qui fasse consensus, tant son évaluation peut être médecin-dépendant, patient-dépendant, et situation-dépendante (2,24). Une étude de revue qualitative récente publiée en 2015 rappelle qu'il n'existe pas de signe pathognomonique de l'incapacité à consentir (Jonas et al). Cette revue de la littérature propose une approche catégorielle de la sémiologie du consentement en abordant les grands cadres nosologiques en psychiatrie. Elle est principalement destinée à l'évaluation psychiatrique dans le cadre d'une mesure de MPB ou de SPSC (6). Sont ainsi précisées pour chaque entité nosographique les signes et symptômes pouvant altérer la capacité à consentir (voir **Tableau 1** pour les troubles psychotiques, **Tableau 2** pour les troubles de l'humeur).

Concernant les états suicidaires, cette sémiologie s'intéresse spécifiquement aux facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire. L'échelle d'intentionnalité suicidaire ou *suicidal intent scale* (SIS) est proposée comme une aide à cette évaluation. Les facteurs aggravant des états suicidaires comportent des éléments cliniques et anamnestiques (voir **Tableau 3**).

Concernant, les addictions, le consentement et l'alliance thérapeutique sont le plus souvent nécessaires dans les soins addictologiques, du fait de la nature chronique des troubles et de l'importance de l'approche motivationnelle (Jonas et al.). Toutefois, le retentissement de ces troubles peut altérer le jugement et donc la capacité à consentir à certains soins. Cela peut aussi entraîner l'apparition de comorbidités psychiatriques pouvant elles-mêmes altérer la capacité à consentir. La sévérité des complications peut mettre le sujet en danger ou conduire à des passages à l'acte suicidaire. La sémiologie du consentement devant un trouble addictif doit être réalisée en dehors de toute intoxication aiguë (voir **Tableau 4**).

Le cas particulier des troubles du comportement alimentaire TCA au sein des addictions concernent principalement l'anorexie mentale (voir **Tableau 5**).

Au sujet des troubles de la personnalité, une approche au cas par cas est recommandée (voir **Tableau 6**).

Dans le cadre des pathologies démentielles, les soins psychiatriques sans consentement doivent être exceptionnels (Pignon et al.) (voir **Tableau 7**).

<i>Critères cliniques de SPSC dans le cadre d'un trouble psychotique</i>
<i>L'insight</i> : l'absence de conscience des troubles, l'adhésion aux idées délirantes
<i>Les thèmes du délire</i> : la persécution, la ruine, la culpabilité, la négation d'organe, la mégalomanie, la jalousie, l'érotomanie
<i>Les hallucinations</i> : les injonctions hallucinatoires, les hallucinations intrapsychiques, le syndrome d'influence
<i>Les symptômes de désorganisation</i> : le trouble du cours de la pensée, les troubles cognitifs
<i>L'anamnèse</i> : l'histoire de vie, l'antériorité des troubles, le diagnostic
L'association à la prise de substances psycho-actives
La participation émotionnelle au délire
Un trouble de l'humeur associé
Le comportement auto et/ou hétéro-agressif
Le retentissement sur la qualité de vie

Tableau 1. Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles psychotiques (6,23,24).

<i>Critères cliniques de SPSC dans le cadre d'un trouble de l'humeur</i>
<i>Dans les syndromes dépressifs</i> : la présence d'idées suicidaires, les complications somatiques, les idées délirantes mélancoliformes
<i>Dans les syndromes maniaques</i> : la tachypsychie, la mégalomanie, la fréquence des élévations de l'humeur, le retentissement (financier, délictuel, socioprofessionnel), les idées délirantes, l'anosognosie, l'impulsivité
<i>Dans les états mixtes</i> : la labilité de l'humeur, l'instabilité psychomotrice, l'irritabilité

Tableau 2. Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles de l'humeur (6,23).

<i>Critères cliniques de SPSC dans le cadre d'un état suicidaire</i>
Un antécédent personnel de tentative de suicide
Une tentative de suicide récente
Un antécédent familial de tentative de suicide ou de décès par suicide
L'impulsivité
L'absence de critique des idées suicidaires ou d'un passage à l'acte suicidaire
L'intentionnalité à passer à l'acte suicidaire
L'échéance du projet suicidaire : en particulier à court terme
La scénarisation d'un passage à l'acte suicidaire
L'accessibilité à un moyen léthal
La dangerosité du moyen léthal envisagé
L'isolement social
L'absence de facteurs protecteurs
Le fait d'être coupé de ses émotions, sidéré, immobilisé ou très émotif, agité, troublé
La rationalisation de la décision
Le degré de la douleur morale
Le sentiment d'avoir tout fait, tout essayé
Un trouble mental sous-jacent
Des facteurs précipitant : deuil, rupture sentimentale
Le terrain : sujet de sexe masculin, âge supérieur à 45 ans

Tableau 3. Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des états suicidaires (6,23,24).

<i>Critères cliniques de SPSC dans le cadre d'un trouble addictif</i>
Le degré de dépendance au comportement ou au produit
Le déni des troubles
Les complications du trouble dont les troubles cognitifs
Les risques pour la personne ou pour autrui liés aux consommations
L'existence d'une demande de soin
Un trouble psychiatrique sous-jacent
Des antécédents de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif

Tableau 4. Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles addictifs (6,23).

<i>Critères cliniques de SPSC dans le cadre d'un trouble du comportement alimentaire</i>
Un refus de soins
Les complications notamment le risque vital
Les troubles cognitifs
Une comorbidité psychiatrique
Des idées suicidaires

Tableau 5. Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles du comportement alimentaire (6).

<i>Critères cliniques de SPSC dans le cadre d'un trouble de la personnalité</i>
Le degré d'urgence en lien avec le retentissement et le risque vital
L'instabilité des troubles
Une décompensation psychiatrique aigue

Tableau 6. Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des troubles de la personnalité (6).

<i>Critères cliniques de SPSC dans le cadre d'une pathologie démentielle</i>
Il n'y a pas d'alternative à une hospitalisation sans consentement
Un danger pour la personne ou pour autrui
Un risque pour l'équilibre ou la santé de la personne à court terme
Les troubles altèrent la capacité à consentir librement aux soins hospitaliers

Tableau 7. Dimensions cliniques à intégrer dans l'évaluation de la capacité à consentir dans le cadre des pathologies démentielles (24).

Cette approche catégorielle de la sémiologie du consentement peut poser problème, par exemple dans des situations de doute diagnostique. Une étude comparative menée en 2009 sur une durée d'un mois dans les sites d'urgences parisiens, a comparé de manière exhaustive l'ensemble des situations d'orientation en hospitalisation psychiatrique complète, libre ou sans consentement (Braitman et al). L'objectif était d'étudier les critères d'admission en SPSC utilisés par les médecins. Les résultats montraient que le diagnostic clinique aux urgences influençait peut la décision de mise en place de SPSC. A l'inverse, un score faible à l'Echelle Globale de Fonctionnement et au questionnaire *Insight Q8* (Bourgeois et al.) étaient fortement prédictif de cette décision. Ils concluaient à une évaluation plus souvent dimensionnelle, s'intéressant à l'*insight* et au retentissement des troubles dans la décision d'hospitalisation en SPSC. Ils insistaient sur la pertinence de l'évaluation de l'*insight* dans l'évaluation de la capacité à consentir (2).

1.3.2. L'évaluation de la capacité à consentir

L'évaluation de la capacité à consentir doit intégrer différents aspects: le consentement doit être libre, éclairé, émaner d'un sujet en situation de compétence, et stable dans le temps. L'évaluation de la compétence et de la liberté à consentir, mais aussi de la capacité à recevoir l'information passe donc par une analyse clinique approfondie de la symptomatologie (6), ainsi que de son retentissement (corrélée à la sévérité des troubles) et de l'*insight* (2). Une évaluation cognitive peut également s'avérer nécessaire dans l'exploration de la capacité de jugement (12). L'évaluateur s'intéressera aux symptômes susceptibles d'induire une instabilité du consentement (6). Il recherchera l'absence de contrainte exercée sur le patient (qui peut venir de l'attitude du médecin lui-même ou d'un tiers). Le consentement éclairé dépend également de la qualité de l'information donnée par le médecin, qui peut nécessiter d'être répétée et reformulée. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux médecins d'informer « *du caractère pathologique des troubles [que le patient] présente* », « *de leur retentissement possible* » et « *des modalités et des conditions d'application du traitement nécessaire* » (23).

Au niveau international, l'*American Psychiatric Association* propose cinq critères dans l'évaluation de la capacité à consentir à des soins psychiatriques (voir **Tableau 8**) (2,25).

En France, l'HAS donne un modèle d'évaluation de la capacité à consentir en cinq dimensions (voir **Tableau 9**) (23).

<i>Dimensions dans l'évaluation de la capacité à consentir (American Psychiatric Association)</i>
Un diagnostic fiable d'un trouble mental sévère
Une détresse majeure du patient
La disponibilité d'un traitement efficace
L'incapacité à consentir aux soins
Le caractère raisonnable du traitement appliqué qui serait accepté par une personne compétente à consentir

Tableau 8. Critères de l'American Psychiatric Association pour l'évaluation de la capacité à consentir à des soins psychiatriques (2,25).

<i>Dimensions dans l'évaluation de la capacité à consentir (HAS)</i>
La capacité à recevoir une information adaptée
La capacité à comprendre et à écouter
La capacité à raisonner
La capacité à exprimer librement sa décision
La capacité à maintenir sa décision dans le temps

Tableau 9. Le modèle d'évaluation de la capacité à consentir en cinq dimensions de l'HAS (23).

Ces recommandations sont néanmoins assez larges pour laisser au médecin la possibilité d'apprécier le consentement dans des situations variées et singulières. En outre, la conduite à tenir devant un refus de soins doit tenir compte du cadre juridique et éthique de l'exercice médical et des droits de la personne soignée (6).

2. Approche éthique et juridique du refus de soins

Les droits fondamentaux des personnes sont inscrits dans la *Déclaration Universelle des Droits de L'Homme* adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 10 Décembre 1948. Son article premier déclare que « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité* ». Son article 3 ajoute que « *tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne* ». Son article 5 précise que « *nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradant* ». En outre, l'article 2 de cette déclaration vise à prémunir chaque personne de toute discrimination, quelle que soit la situation (26). Cette déclaration est complétée le 13 Décembre 2006, par la *Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées* (27,28).

2.1. Approche juridique du refus de soins

L'exercice de la profession médicale s'établit sur la relation médecin-patient. Depuis *l'arrêt Mercier* en 1936 (29), la relation médecin-patient est devenue contractuelle au sens du Code Civil (article 1231-1 du Code Civil) (6) et implique des obligations réciproques. Avec la loi du 4 Mars 2002, le patient participe pleinement à la décision médicale (30). Son opinion est prise en compte et il a la liberté d'accepter ou de refuser des soins, des traitements, des actes médicaux. Le médecin, dans son exercice, est amené à prescrire ces soins. La prescription médicale est encadrée par trois codes : le Code de la Santé Publique (CSP), le Code de Déontologie Médicale et le Code de la Sécurité Sociale. La prescription par le médecin engage toujours sa responsabilité (30).

2.1.1. La responsabilité médicale

La responsabilité juridique du médecin est multiple avec :

- d'une part, une responsabilité source de sanctions : la responsabilité pénale, la responsabilité disciplinaire et la responsabilité ordinale ;
- d'autre part, une responsabilité source d'indemnisations : la responsabilité civile et la responsabilité administrative (31,32).

2.1.1.1 La responsabilité pénale

La responsabilité pénale concerne des infractions au Code Pénal, classées en trois catégories : la contravention (amendes prononcées par le Tribunal de Police), le délit (le Tribunal Correctionnel peut prononcer des peines d'emprisonnement, une amende, un travail d'intérêt général etc.), et le crime (relevant de la Cour d'Assise et aboutissant à des peines d'emprisonnements). Une sanction peut être prononcée s'il est fait état de trois critères nécessaires (31):

- l'infraction doit être personnelle (principe de la personnalité des peines défini par l'article 121-1 du Code Pénal) ;
- le dommage doit figurer dans le Code Pénal (principe de légalité) ;
- la faute doit être intentionnelle.

L'article 121-3 du Code Pénal définit ainsi l'intentionnalité de l'infraction : « *Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre* ». Seront classés comme délits la « *mise en danger délibérée de la vie d'autrui* », la « *faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité* ». Ce type de délit peut concerner les personnes qui ont indirectement causé un dommage et créé « *la situation qui a permis [s]a réalisation* » et « *qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer* ». Ainsi la responsabilité médicale en droit pénal peut être mise en cause lorsqu'il est fait état d'une faute commise personnellement par le médecin, ayant entraîné un dommage à une victime, secondaire à une action délibérée, *positive* (action entraînant un dommage) ou *negative* (abstention d'agir pour éviter le dommage). Les délits non intentionnels peuvent également engager la responsabilité du médecin si ils sont le résultat d'une « *maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité* » (article 222-19 du Code Pénal) (31). On citera notamment :

- L'homicide volontaire (article 221-1 du Code Pénal) ;
- l'homicide involontaire (article 221-6 et 221-7 du Code Pénal) ;
- l'atteinte volontaire à l'intégrité de la personne (article 22-1 du Code Pénal) ;
- les coups et blessures involontaires (articles 222-19 et 222-20 du Code Pénal) ;
- la mise en danger d'autrui (article 223-1 du Code Pénal) ;
- la non-assistance à personne en danger (article 223-6 du Code Pénal).

2.1.1.2. La responsabilité disciplinaire

La responsabilité disciplinaire concerne les procédures disciplinaires engagées sur décision du directeur de l'établissement dans lequel exerce un médecin. Le conseil de discipline peut prononcer des sanctions lorsqu'il y a un manquement avéré aux obligations professionnelles. Les sanctions peuvent être un avertissement, un blâme, une exclusion temporaire, une rétrogradation, une révocation, etc. (31).

2.1.1.3. La responsabilité ordinale

La responsabilité ordinale est engagée pour un médecin lorsqu'il y a une infraction au Code de Déontologie Médicale. La déontologie se définit comme « *l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leur clients ou le public* » (1). La déontologie médicale est codifiée par l'Ordre National des Médecins qui peut sanctionner une infraction par un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire d'exercer ou une radiation de l'Ordre (31). Le Code de Déontologie Médicale est intégré au CSP, de l'article R.4127-1 à R.4127-112 du CSP (33). On citera notamment :

- L'alinéa 2 de l'article R 4127-7 du CSP : le médecin « *doit [aux patients de leur] apporter son concours en toutes circonstances.* »
- l'article R. 4127-8 du CSP : « *Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.* » (33)
- l'article R. 4127-34 du CSP : « *Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.* » (33)
- l'article R. 4127-37 du CSP : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement...* » (33)

— l'article R. 4127-40 du CSP : « *Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.* » (33)

— l'article R. 4127-69 du CSP : « *L'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.* » (33)

2.1.1.4. La responsabilité civile

. La responsabilité civile est personnelle et résulte d'une faute grave, telles que des actes de maltraitance ou le refus de se déplacer lors d'une garde (31). Il s'agit dans l'exercice public de la fonction médicale de la faute détachable du service (ou de l'exercice privé de la médecine). On citera notamment :

— les alinéas 1 et 2 de l'article 16-1 du Code Civil : « *Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable.* »

— l'alinéa 1 de l'article 16-3 du Code Civil : « *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.* »

2.1.1.5. La responsabilité administrative

Un patient ou sa famille peut se référer au Tribunal Administratif lors qu'il est estimé qu'un préjudice lié aux soins hospitaliers publics a été subi. La victime a la charge de la preuve du préjudice. Le préjudice doit être certain, directement lié aux soins, et indemnisable en argent. Il existe des responsabilités pour faute liées à aux actes médicaux mais aussi des responsabilités sans faute. Il s'agira par exemple de la perte de chance lorsqu'il est estimé par le juge que l'issue des soins aurait pu être plus favorable au patient (la faute est alors présumée). Le juge peut aussi être amené à demander l'indemnisation d'un risque thérapeutique dont les conditions sont les suivantes (31) :

- il s'agit d'un acte médical nécessaire (diagnostique ou thérapeutique) ;
- pour lequel le risque est connu (mais exceptionnel) ;
- le patient n'est pas préalablement exposé à ce risque ;
- il y a un lien de causalité entre l'acte et un dommage (sans lien avec l'état initial du patient) ;
- l'état du patient est jugé extrêmement grave.

De plus, le tribunal administratif est habilité à statuer sur la plainte des patients ou de leur famille, y compris dans l'urgence, en cas d'atteinte grave et illégale aux libertés fondamentales de la personne prise en charge par le service public (article L 521-2 du Code de la Justice Administrative). Le Tribunal Administratif est donc également investi, outre de la charge de l'indemnisation, de la charge de défendre les droits des patients.

2.1.2. Les droits des patients

La loi du 4 Mars 2002, présente deux grands axes au sujet de l'« *information des usagers du système de santé et [de l'] expression de leur volonté* ». Les dispositions prises par la loi placent la volonté du patient au centre des soins. La décision médicale est une co-construction dans laquelle le patient est un acteur au même titre que le médecin (3) :

- il est assuré par la loi du respect de la dignité des patients (article L1110-2 du CSP), de la lutte contre les discriminations (article L. 1110-3 du CSP), et du droit à la confidentialité (article 1110-4 du CSP au sujet du secret médical) ;
- les traitements et investigations ne doivent pas faire courir de risques disproportionnés au patient (article L 1110-5 d CSP) ;
- l'article L. 1110-8 du CSP garantit au patient le libre choix de son praticien et de son mode de prise en charge ;
- les personnes prises en soins peuvent désigner une personne de confiance afin de les accompagner dans la prise des décisions relatives à leur santé (article L. 1111-6 du CSP)
- la loi dispose également de la possibilité de réaliser des directives anticipées dans le cas où la volonté de la personne ne pourrait pas s'exprimer (article L. 1111-11 et R. 4127-37-1 du CSP).

Ces dispositions viennent renforcer les droits des patients et la nécessité de respecter le processus de décision quant aux thérapeutiques qui leur sont proposées. Pour que cela soit possible, la loi définit les termes et les exigences relatives à une information médicale préalable.

2.1.2.1. Le droit à l'information médicale

L'article L. 1111-2 du CSP définit l'information médicale comme l'information qui « *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 ». Il est précisé que « *seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* ». Le Code de Déontologie Médicale rajoute que l'information doit être *loyale* (l'information ne doit pas être frauduleuse, ne doit pas être assortie d'une menace ou d'une contrainte déloyale par exemple), *claire* (compréhensible, synthétique, et suffisante), *appropriée* (elle doit « *tenir compte de la personnalité du patient* » (34) et de son niveau de compréhension) (34).

La loi du 4 Mars 2002 prévoit également que des recommandations en matière de délivrance de l'information soient fournies par l'HAS (3). Ces recommandations précisent que le contenu de l'information doit (35) :

- porter sur l'état de santé de la personne ;
- permettre à la personne de prendre sa décision ;
- répondre aux questions de la personne, en particulier sur le suivi proposé ;
- prendre en compte les particularités « *psychologique, sociale, et culturelle* » de la personne ;
- tenir compte des connaissances médicales actualisées (sur l'évolution de la maladie, les investigations, les soins et leurs objectifs, utilité, urgence, les bénéfices attendus, les risques fréquents ou graves, etc.) ;
- proposer plusieurs choix possibles dans les modalités de soins de la personne.
- « *être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée* » ;
- « *présenter, quand elles existent, les alternatives possibles* » ;
- « *présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels* ».

Il est recommandé de demander au patient de reformuler ce qu'il a compris et de l'inviter à poser des questions. Le médecin peut proposer un entretien ultérieur dans le cas où de nouvelles questions surviendraient. Il peut être proposé de requérir à un second avis médical. Afin de délivrer une information de qualité, il faut veiller à avoir « *du tact, du temps et de la disponibilité* » (35). L'information est de manière préférentielle orale et délivrée en entretien individuel. Si le patient est accompagné d'un tiers ou de la personne de confiance désignée selon l'article L. 1111-6 du CSP, il convient de s'assurer de l'accord de la personne. Il est

nécessaire de veiller à la traçabilité de la délivrance de l'information (article L. 1111-2 du CSP). L'information est la condition indispensable au consentement libre et éclairé.

2.1.2.2. Le consentement au sens juridique

Le consentement aux soins de la personne est la condition nécessaire afin que l'acte médical soit licite (article 16-3 du Code Civil) (36). La loi du 4 Mars 2002 reprend la définition du consentement dans l'article L. 1111-4 du CSP : « *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* ». Le Code de Déontologie médicale reprend la notion de consentement préalable à tout acte médical dans son article 36. Si le consentement est libre, il implique la possibilité de refuser les soins proposés. La liberté du refus de soins est également garanti par la loi du 4 Mars 2002 : « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité* » (article L. 1111-4 du CSP). L'article 36 du Code de Déontologie Médicale reprend la notion d'information quant aux risques liés au refus de soins. Si le consentement aux soins est éclairé, le refus de soins n'est possible que s'il est éclairé également.

2.1.3. Les cas particuliers

2.1.3.1. Le patient mineur ou majeur en situation d'incapacité

Le patient mineur reçoit une information adaptée à son âge et sa maturité. Même si la décision est prise par l'autorité parentale, le patient mineur doit être associé à cette décision (35). L'article R. 4127-43 du CSP précise cependant que « *le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* ». Le médecin a un devoir de protection de l'enfance. Dans le cas d'un refus de soins de la part de l'autorité parentale et pour lequel les conséquences sont potentiellement graves, le médecin peut recourir au signalement (par dérogation à l'article 371-1 du Code Civil au sujet de l'autorité parentale) (37).

La loi du 5 Mars 2007 relative à la protection des majeurs a porté réforme sur les modalités de soins des personnes majeurs protégées (bénéficiant d'une MPB telles que la curatelle ou la tutelle). L'information est délivrée à la personne majeure protégée, plus ou moins en présence du curateur ou du tuteur (sur décision du juge des tutelles). Le consentement de la personne

majeure protégée doit toujours être recherché (3). Une personne bénéficiant d'une MPB peut désigner une personne de confiance, sauf si elle est sous tutelle (35). Si la personne sous tutelle (est exclue la curatelle) n'est pas en mesure de recevoir une information, le juge des tutelles peut prévoir que l'information soit remise au tuteur seul (article 459 alinéa 3 du Code Civil, au sujet de l'autorisation au tuteur, sur décision du juge, de représenter la personne protégée). La place du tuteur n'est pas définie de manière précise, mais la loi n'indique pas que le tuteur puisse consentir aux soins en lieu et place du patient (36). Le médecin peut passer outre le refus du tuteur. Le refus de soins de la personne bénéficiant d'une MPB devra être entendu comme celui de la personne majeure capable, et doit être respecté « *sauf urgence ou impossibilité* »(36). Son consentement doit être recherché si elle est en capacité « *d'exprimer sa volonté et de participer à la décision* » (36).

2.1.3.2. Le patient majeur hors d'état de s'exprimer

L'article L 1111-4 du CSP précise que « *si [la personne est] hors d'état de s'exprimer, sauf urgence ou impossibilité, le médecin doit s'adresser à la personne de confiance, la famille ou un proche* » (article 16 -3 du Code Civil). Cette disposition est également inscrite dans le Code de Déontologie Médicale. L'article R4127-9 du CSP précise que « *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* ». Ainsi qu'il y ait urgence vitale ou non, le danger est un critère suffisant pour que le médecin administre des soins lorsque la personne ne peut s'exprimer. La place du tiers est ici consultative et a pour but de renseigner le médecin sur les volontés du patient (38).

2.1.3.3 Les interventions médicales sans consentement

Il existe des dérogations à la nécessité du consentement. Une dérogation commune est celle de la vaccination obligatoire. Cependant, le vaccin obligatoire ne peut être administré de force. Il s'agirait d'une violation du principe d'intégrité du Code Civil, voire en cas de dommage d'une faute pénale. L'obligation réside dans la perte d'un droit (interdiction de scolarisation) (4).

Une autre dérogation concerne les soins pénalement ordonnés (obligation de soins et injonctions de soins). Décidée par l'autorité judiciaire, des soins psychiatriques et ou addictologiques peuvent être ordonnés (39).

En psychiatrie, la dérogation à la nécessité du consentement libre et éclairé est prévue par les lois qui régissent les SPSC. La loi du 5 Juillet 2011, modifiée le 27 Septembre 2013, définit le cadre des SPSC. Les soins en psychiatrie sont ainsi divisés en deux grands cadres :

- les soins libres devant être privilégiés et accordant les mêmes droits aux patients qu’aux personnes hospitalisées pour un motif non psychiatrique (40).
- les SPSC en hospitalisation à temps complet, ainsi que les SPSC en ambulatoire pour les secteurs de psychiatrie générale pouvant être établis après une période d’observation et de soins initiale (41).

Les SPSC comportent plusieurs procédures possibles : les Soins à la Demande d’un Tiers (SDT), les Soins à la Demande d’un Tiers en procédure d’Urgence (SDT-U), les Soins en Péril Imminent (SPI) et les Soins à la demande d’un Représentant de l’Etat (SDRE). Les particularités de ces procédures découlent des critères d’admission. Ces critères impliquent un trouble mental suffisamment sévère pour que des soins soient nécessaires et assortis d’une surveillance constante en milieu hospitalier. L’altération de la capacité à consentir est commune aux procédures les plus courantes (à l’exclusion des SDRE hors milieu carcéral où il s’agira d’un trouble mental et d’un trouble à l’ordre public ou du danger imminent pour la sûreté des personnes). Un tableau récapitulatif des procédures d’admission en SPSC est proposé en **Annexe 1**. Ces différentes procédures ont en commun plusieurs éléments (41,42):

- Le médecin donne un avis médical adressé à l’autorité administrative. Pour ce faire, il rédige un certificat médical initial (CMI).
- La décision d’admission revient à l’autorité administrative.
- Il existe une période d’observation et de soins initiale de 24 h à 72 h après l’admission.
- La mesure de SPSC doit être contrôlée systématiquement par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) dans un délai de 12 jours (43).
- Si la mesure de SPSC est maintenue au-delà de ce délai, un certificat médical doit être rédigé tous les mois. Le JLD contrôle la mesure systématiquement tous les 6 mois. Tous les ans, un collège pluridisciplinaire doit rendre un avis concernant la mesure de SPSC (43,44)
- La mesure de SPSC peut faire l’objet d’une levée prononcée par l’autorité administrative sur avis du psychiatre (45).

- Les mesures de SPSC sont examinées par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques qui reçoit les réclamations des personnes en SPSC.

Le cas particulier de la personne jugée irresponsable pénalement pour cause de trouble mental figure à l'article 706-135 du Code de Procédure Pénale. Après qu'il soit établi par une expertise médicale que les troubles nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de manière grave à l'ordre public, l'hospitalisation en psychiatrie de la personne jugée irresponsable pénalement est ordonnée par la chambre d'instruction ou la juridiction de jugement. Le régime des soins est celui prévu à l'article L. 3213-1 du CSP.

Le cas des SPSC illustre la volonté du législateur de permettre la mise en place de soins lorsque le danger pour la personne ou pour autrui est significatif. Cette disposition de la loi répond à l'obligation légale de porter secours aux personnes en péril.

2.1.4. La limite légale : la non assistance à personne en danger

L'article 223-6 du Code Pénal condamne « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne [et qui] s'abstien[drait] volontairement de le faire [...] de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.* » De plus, « *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* » (article R4127-9 du CSP). Dans ce contexte, le Code de Déontologie Médicale dispose que l'urgence du danger (ou l'impossibilité de communiquer avec la personne en situation de danger) justifie l'intervention médicale et l'atteinte à l'intégrité physique si elle est nécessaire à la survie de la personne (article R. 4127-41 du CSP). Cette notion de péril imminent est reprise dans le Code de Procédure Pénal qui permet une intervention médicale sans le consentement du patient pour les personnes détenues dont la grève de la faim altère gravement la santé de la personne (article D. 364 du Code de Procédure Pénal). Toutefois, il n'y a pas de définition juridique du concept d'urgence. Le degré de gravité rendant justifiable l'intervention médicale face à un danger n'est pas non plus définie. Si l'urgence et la gravité du danger restent à l'appréciation du médecin, le juge peut être amené à se prononcer sur la question.

2.1.5. La jurisprudence

Plusieurs jugements permettent d'offrir un éclairage de la loi lorsque celle-ci laisse de la place à des interprétations différentes. En ce sens, plusieurs jurisprudences peuvent nous éclairer sur le refus de soins.

Le juge peut ainsi être amené à statuer sur la légalité d'une décision médicale d'administrer des soins (par exemple une transfusion sanguine contre la volonté d'un patient du fait des « *signes cliniques de péril vital imminent présentés* » (46)), sur l'admission d'un patient en soins libres, sur la notion de non-assistance à personne en danger.

Concernant la transfusion sanguine, il est considéré que « *le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale* ». Quant à la décision des médecins d'administrer la transfusion sanguine, il n'est pas fait atteinte à cette liberté fondamentale « *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* ». Cependant, s'il n'était pas fait état « *d'un danger immédiat pour sa vie* », il convient « *de ne pas procéder à l'administration forcée de transfusion sanguine à la victime contre son gré et à son insu* » (47). Le juge a, ailleurs, statué sur la légalité de la décision médicale d'administrer la transfusion sanguine à un enfant contre l'avis des parents du fait des « *signes cliniques de péril vital imminent présentés par l'enfant* » (46).

Concernant la plainte d'un patient quant au mode d'hospitalisation libre, aux urgences et sans son consentement (où il a reçu un traitement sédatif assorti d'une mesure de contention pour un état d'agitation) un jugement en appel a été prononcé. Il a été considéré que le patient n'était pas admis dans un hôpital psychiatrique et que les décisions relevaient d' « *un simple acte de soins et non pas une décision administrative* » tandis que le patient n'était « *pas en mesure de donner un consentement éclairé à un traitement qui s'imposait en tout état de cause* » (48).

Une autre jurisprudence éclaire la notion de non-assistance à personne en danger. Elle est définie comme une situation (49) :

- extrême mettant en jeu le pronostic vital ;
- où il n'existe pas d'alternative thérapeutique ;
- où l'intervention est indispensable à la survie du patient
- et où l'intervention est proportionnée à l'état du patient.

La jurisprudence apparaît donc comme un éclairage de la loi qui se fait au cas par cas, dans des situations singulières. En effet, l'indépendance de l'exercice médical intervient comme une limite aux décisions du juge (50). Ainsi, il est laissé au médecin la possibilité de définir en quoi la situation est extrême, de justifier l'existence d'alternatives thérapeutiques, de la nécessité de l'intervention et de son caractère proportionné. La décision médicale devant un refus de soin ne se contentera donc pas d'apprécier le seul cadre juridique de son exercice mais devra s'appuyer sur une réflexion éthique. Celle-ci est, d'ailleurs, prévue par la loi aux termes de l'article L. 6111-1 du CSP : « *Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés [...] mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale* ».

2.2. Approche éthique

L'éthique est une discipline proche de la philosophie morale qui pourrait correspondre à une notion du *bien* et du *devoir* relatifs aux *valeurs* communément acceptées par la société (51). Une définition de l'éthique médicale a été proposée par le Pr Christian Hervé comme le « *corpus de connaissances et d'enseignements à l'interface de la philosophie, du droit, de la sociologie, de la médecine et de la biologie, afin d'aborder globalement les problèmes complexes de la relation médecin-malade et du médecin dans la société* » (32). L'éthique médicale fut d'abord celle de l'éthique hippocratique : le serment d'Hippocrate a en effet offert les bases de la déontologie médicale (52). L'éthique médicale a évolué et s'est notamment inscrite dans l'Histoire de la Médecine par le *Code de Nuremberg* entre 1946 et 1947, lors du procès des médecins des camps de concentration du régime nazi. Ce code encadre l'expérimentation médicale sur l'être humain (53). Au niveau Européen, le Conseil Européen des Ordres des Médecins a proposé une Charte Européenne d'Éthique Médicale (CEEM) dont les principes orientent la déontologie médicale (54). Les principes de l'éthique médicale s'inscrivent dans le Code de Déontologie Médicale en France dès son article

premier : « *le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort* » (33). L'éthique médicale naît d'une réflexion qui interroge de multiples valeurs, qui ne sont pas toujours *a priori* compatibles. Cette réflexion aboutit à un compromis entre ces valeurs et les divers cadres juridiques (51). Les fondements de l'éthique médicale peuvent se résumer en quatre grands principes : le principe de non-malfaisance, le principe de bienfaisance, le principe d'autonomie et le principe de dignité (32,55–57). L'abord éthique du refus de soins doit donc interroger ces quatre principes fondamentaux.

2.2.1 Principe de non-malfaisance

La non-malfaisance correspond au « *primum non nocere* » de l'éthique hippocratique qui se traduit littéralement par « *en premier lieu, ne pas nuire* » (32). Ce principe éthique est au centre de l'éthique médicale. Dans la réflexion éthique, le principe de non-malfaisance interroge en premier lieu la nocivité éventuelle des actes médicaux, des décisions, et des actions liées aux soins. La CEEM place la non-malfaisance dans plusieurs de ces principes, notamment :

- le principe 6 : « [...] *en aucun cas [le médecin] ne peut agir [au] détriment [des patients]* » (54) ;
- le principe 9 « *La protection de la santé s'accompagne de la recherche constante du maintien de l'intégrité de la personne* » (54) ;
- le principe 10 : « *Le médecin n'admet pas des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments, et ce, dans toutes les situations y compris en cas de conflit civil ou militaire. Il n'y assiste jamais, ni n'y participe* » (54) ;
- le principe 13 « *Lorsqu'un médecin décide de participer à un refus collectif organisé de soins, il n'est pas dispensé de ses obligations éthiques vis-à-vis des malades à qui il garantit les soins urgents et ceux nécessaires aux malades en traitement* » (54).

Le principe 13 de la CEEM renvoie à la notion de non assistance à personne en danger, dans laquelle l'inaction du médecin est assimilable à un acte de malfaisance. Le site de l'Académie Européenne des Patients (EUPATI), un projet européen visant à l'éducation des patients à la recherche et le développement des médicaments donne des exemples d'action non-malfaisante comme le fait d'interrompre un traitement pour lesquels les risques sont

supérieurs aux bénéfices attendus de ce traitement, ou bien d'administrer un traitement dont l'efficacité est scientifiquement prouvée (58). Dans le cas du refus de soins par un patient, le principe de non-malfaisance implique donc pour le médecin de poursuivre l'accompagnement du patient dans la maladie, de rechercher une alternative thérapeutique acceptable pour le patient, ou d'agir lorsqu'il se trouve confronté au cadre de la non assistance à personne en danger (5). L'EUPATI rappelle que certaines situations comportent leur lot de dilemmes éthiques, et que la non-malfaisance est à pondérer au regard du principe de bienfaisance (58).

2.2.2. Principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance est peut-être le plus facile à appréhender : il s'agit d'accueillir la souffrance, de l'accompagner (56), mais aussi d'offrir les meilleures chances de rétablissement ou de guérison aux travers des soins (4). La CEEM place la bienfaisance dans plusieurs de ses principes :

- le principe 1 « *Le médecin défend la santé physique et mentale de l'homme. Il soulage la souffrance [...]* » (54) ;
- le principe 2 « *Le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade* » (54);
- le principe 3 « *Le médecin donne au malade, sans aucune discrimination, les soins indispensables les plus appropriés* » (54);
- le principe 5 « *Le médecin est le confident nécessaire du patient [...]* » (54);
- le principe 6 « *Le médecin utilise ses connaissances professionnelles pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande [...]* » (54) ;
- le principe 7 « *Le médecin fait appel à toutes les ressources des sciences médicales pour les appliquer d'une manière adéquate à son patient* » (54).

C'est le principe de bienfaisance qui justifie l'intervention du médecin, en particulier l'atteinte à l'intégrité du corps humain. Le refus de soins pourrait être compris par le médecin comme une remise en cause du principe de bienfaisance. Cependant cette bienfaisance du médecin l'oblige à l'écoute de la parole du patient, y compris si elle lui est hostile ou hostile aux soins. Le principe de bienfaisance implique alors de respecter la volonté et l'autonomie de la personne (4).

2.2.3. Principe d'autonomie

La CEEM place l'autonomie de la personne et sa subjectivité dans les principes suivants :

- le principe 4 : « *Le médecin tient compte du cadre de vie et de travail du patient comme éléments déterminants de sa santé* » (54) ;
- le principe 14 : « *Le médecin n'a pas à satisfaire des demandes de soin qu'il n'approuve pas. Cependant, l'exercice de la médecine implique le respect de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient* » (54).

On distingue l'autonomie de la personne selon ses trois aspects fondamentaux (4,55):

- l'autonomie d'action : correspond à la capacité à se déplacer dans l'espace, à mobiliser son corps (4);
- l'autonomie de pensée : correspond à la capacité de jugement, au discernement, qui permet de recevoir l'information médicale, d'y exercer son esprit critique, et de « *participer à une délibération étayée par l'acquisition d'un savoir de sa maladie* » ;
- l'autonomie de volonté : correspond à l'autolimitation et à la souveraineté individuelle. L'autolimitation est la capacité de maîtrise de sa sensibilité, des émotions, et de son comportement. Le principe d'autonomie n'est plus applicable lorsque cette capacité de maîtrise est altérée. La souveraineté individuelle découle de la liberté des individus d'agir selon leurs propres croyances, valeurs, principes moraux et leur subjectivité. Cela implique que le médecin doit respecter les choix du patients, même lorsqu'ils sont contraire à ses valeurs, son jugement et son expertise, dès lors que la décision du patient ne résulte pas d'une contrainte exercée par un tiers extérieur ou par un défaut d'autonomie de pensée ou d'autolimitation (4).

Le principe d'autonomie donne sa place à la subjectivité du patient. Celle-ci étant un droit, le médecin doit respecter les choix du patient tant qu'il n'est pas soumis à l'influence d'un tiers ou d'un processus pathologique. Ainsi, l'altération du jugement prive la personne de son autonomie de pensée et la « *place sous la conduite d'un autre* », même lorsque son autonomie d'action est préservée. Le principe d'autonomie justifie l'obligation du médecin de vérifier que le refus de soins est éclairé (4). Dans une étude s'intéressant aux vécus des patients bénéficiant de soins psychiatriques, il apparaissait que la coercition pouvait être perçue plus négativement quand les patients n'étaient plus perçus par les soignants dans leur globalité, ni comme étant autodéterminés (Verbeke et al.). L'étude concluait sur la nécessité de prendre en

compte la subjectivité des patients dans les interactions, afin de limiter la souffrance liée à des mesures coercitives, et surtout, lutter contre les discriminations des personnes souffrant d'un trouble mental (9).

2.2.4 Principe de dignité

Le principe de dignité est rappelé par la CEEM dans son principe 1 : le médecin exerce « [...] dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans aucune discrimination, de quelque nature qu'elle soit [...] » et la lutte contre les discriminations est rappelé dans le principe 3 (54)..

Respecter la dignité d'autrui est central dans la protection des personnes vulnérables. Le principe de dignité doit être distingué du principe d'autonomie. D'une part, ne pas autoriser une personne cliniquement et légalement compétente à prendre une décision serait contraire au principe de dignité, d'autre part, cette conception de la dignité est difficilement applicable lorsque ces capacités sont limitées ou absentes. Lorsque les symptômes d'une maladie mentale privent la personne de sa capacité à prendre une décision, il n'apparaît pas nécessairement irrespectueux de ne pas suivre sa décision. . Dans les conceptions modernes de la dignité, elle est définie comme *intrinsèque* à l'individu (n'est pas acquise ou le fruit du mérite), *invariable* (ne permet pas de distinguer des personnes plus ou moins dignes que d'autres), et *inaliénable* (s'il est possible de ne pas respecter la dignité d'autrui, cette dignité ne peut être retirée, détruite, ou diminuée). Le principe de dignité est alors autant un droit fondamental qu'une garantie du respect des droits des personnes (55). On peut finalement définir plusieurs types de violations de la dignité d'autrui :

- la non reconnaissance ou l'absence de considération pour autrui et tout comportement tendant à réifier l'autre : ne pas accorder un contact oculaire, ou refuser la poignée de main selon les cultures (55) ;
- percevoir autrui comme le membre d'un groupe plutôt que comme un individu, nier son individualité, le stigmatiser, le discriminer : l'atteinte à la dignité résulte alors de la négation de l'individualité de la personne discriminée et non pas dans la valeur positive ou négative attribuée au groupe auquel elle appartient (55) ;
- la privation de l'espace personnel, de la liberté de circuler, le fait de réaliser des recherches intrusives sur la vie privée de quelqu'un, et l'atteinte à l'intégrité physique : cette troisième catégorie de violation de la dignité humaine possède une exception dans les procédures médicales ou l'atteinte à l'intégrité peut être justifiée

par les soins (principe de bienfaisance) ou la privation de liberté temporaire peut se justifier par la mise en danger de soi ou d'autrui (principe de non-malfaisance) (55);

— les humiliations : des actes à visée punitive par exemple (55).

Une vigilance quant au respect de la dignité est d'autant plus importante lorsqu'une personne est en situation de vulnérabilité (physique, psychique, ou l'objet d'une privation de liberté). En médecine et en particulier en psychiatrie, le respect de la dignité interdit la duperie, les discriminations, la délivrance insuffisante des informations nécessaires au consentement libre et éclairé, la violation du secret médical et les actes de maltraitance (55).

Au total, devant une situation clinique complexe telle qu'un refus de soins, l'approche clinique oriente le praticien quant à la capacité à consentir de la personne. Le droit renseigne le médecin sur ses responsabilités vis-à-vis du patient, ainsi que sur ses obligations. La jurisprudence éclaire la lecture de la loi et s'accompagne d'une réflexion éthique devant la singularité de la situation. Ce processus réflexif abouti à des délibérations au centre duquel se place la balance bénéfice-risque inhérente à chaque décision médicale (51).

3. Conduites à tenir devant un refus de soins non psychiatrique et une altération de la capacité à consentir

3.1. L'évaluation de la balance bénéfice/risque

Devant le refus de soins d'une personne dont la capacité à consentir est altérée, le médecin doit s'interroger sur la balance bénéfice-risque des options thérapeutiques envisagées. La décision médicale engageant la responsabilité du médecin (article R. 4127-69 du CSP), il devra considérer le cadre juridique dans lequel cette décision survient (article R.4127-8 du CSP), notamment en ce qui concerne les droits à l'information, au consentement éclairé et au refus de soins éclairé de la personne (59).

Au sujet de la balance bénéfice-risque (60):

- elle s'appuie sur le principe de la médecine basée sur la preuve (*evidence based medicine*) à partir des connaissances du médecin issues de sa formation, de son expérience, des recommandations en matière de pratiques médicales, et de la littérature scientifique actualisée ;
- son évaluation est probabiliste ;
- elle peut être estimée en partie subjectivement ;
- elle n'est donc pas toujours chiffrable ;
- elle peut être biaisée ;
- elle est établie lorsque cela est possible avec le patient (peuvent participer également l'entourage lorsque cela est nécessaire) ;
- elle peut inclure une réflexion collégiale et pluridisciplinaire ;
- elle est influencée par les caractéristiques individuelles du patient, par ce qu'il exprime comme souhait concernant sa santé, mais aussi par les caractéristiques des soignants et du lieu de prise en soin ;
- elle répond au principe de proportionnalité : c'est-à-dire que les risques encourus pour une intervention médicale ne peuvent être supérieurs aux bénéfices attendus quant à cette intervention.

3.1.1. Les bénéfices attendus relatifs aux soins proposés

L'intervention médicale doit viser une amélioration ou un maintien de la santé du patient par le biais de moyens « *appropriés* » à la situation et au patient (article R. 4127-37 du CSP). Cette obligation légale et déontologique renvoie au principe éthique de bienfaisance.

L'évaluation des bénéfices d'une intervention médicale a pour objectif une amélioration concrète de la santé du patient, de ses chances de survie ou de sa qualité de vie. Cela peut être par exemple un soulagement satisfaisant de la douleur pour le patient, une augmentation de son espérance de vie au regard d'une pathologie chronique évolutive, ou encore une réduction du retentissement d'un handicap. Il est nécessaire de s'assurer que (60) :

- les chances d'obtenir un bénéfice à l'intervention médicale soient réelles et avérées ;
- les bénéfices attendus correspondent aux attentes du patients ;
- les bénéfices soient concrètement profitables au patient en termes de santé ;
- les bénéfices attendus de l'intervention médicale soient suffisamment prouvés.

Les bénéfices d'une thérapeutique envisagée ne rendent pas compte de sa nécessité. Il convient d'évaluer les risques auxquels la personne est exposée dans la situation de refus de soins. La probabilité d'obtention d'un bénéfice, ainsi que son amplitude, suite à un traitement est à rapporter aux risques inhérents à l'intervention médicale considérée (60).

3.1.2. L'évaluation des risques

L'exercice médicale implique de ne pas « *faire courir au patient un risque injustifié* » dans les soins et les investigations (article R. 4127-40 du CSP). Ces interventions doivent être proportionnelles au risque encouru (article L. 1110-5 du CSP). Ces obligations légales renvoient au principe éthique de non-malfaisance. Les risques encourus par le patient doivent également être considérés devant un refus de soins, notamment lorsqu'il y a un danger avéré pour la vie du patient (article 223-6 du Code Pénal). L'évaluation des risques encourus en cas de refus de soins de la personne en situation d'incapacité à consentir librement se réfère aux principes éthiques de non-malfaisance et de dignité. En effet, dans cette situation, l'autonomie de la personne peut être diminuée, et la protection de la personne peut s'avérer nécessaire.

L'évaluation des risques envisage d'abord les risques personnels encourus par le patient. Cette évaluation tient compte :

- des effets indésirables du traitement ou de l'intervention : ce sont des effets nocifs consécutifs à un traitement, non souhaités, dont on peut plus ou moins estimer la fréquence et la gravité, lorsqu'ils sont documentés (par exemple, l'hypotension orthostatique consécutive à un traitement par risperidone) (61) ;
- des inconvénients des traitements ou de l'intervention (aussi appelés effets secondaires) : c'est-à-dire les effets connus comme étant liés aux propriétés et au mécanisme d'action du traitement. Les effets secondaires ne correspondent pas aux bénéfices attendus et peuvent constituer un risque systématique pour le patient (par exemple, un effet antiagrégant d'un traitement par acide acétyl-salicylique) (61) ;
- des événements indésirables susceptibles de survenir : ce sont des dommages hypothétiques infligés au patients, qui peuvent être évitables (erreur de prescription, d'administration, de surveillance etc.) ou non (une réaction allergique aux excipients d'un produit de contraste administré en préparation d'un examen radiologique chez une personne dont les antécédents allergiques ne sont pas connus), et plus ou moins graves (61) ;
- des caractéristiques du patients : les comorbidités du patients, le terrain et les interactions médicamenteuses éventuelles liées aux autres médications (60) ;

Devant un refus de soins, il s'agira d'évaluer :

- les autres options thérapeutiques possibles ;
- et les risques liés à l'abstention d'intervention : le risque vital à court et à long terme, les risques de chronicisation, de séquelles et de handicap.

L'évaluation des risques doit également intégrer les risques pour autrui. En psychiatrie, les SPSC peuvent répondre à la nécessité de réduire ces risques chez les personnes présentant un trouble mental associé à une altération significative de la capacité à consentir aux soins. Les risques collectifs sont principalement représentés par les risques concernant la sûreté des personnes (le cadre des SDRE prévus par les articles L 3213-1 et L.3213-2 du CSP). Ces risques pour autrui ou pour la collectivité peuvent donc justifier des interventions médicales sans consentement du fait d'une nécessité sociale (30).

3.1.3. Le degré d'urgence

L'évaluation de la balance bénéfice-risque est pondérée par le niveau d'urgence à décider (60) notamment dans les situations où les symptômes ne permettent pas de différer une intervention à visée diagnostique ou thérapeutique (38).

Lorsque la personne est en capacité de consentir aux soins, le refus de soins s'il est éclairé doit être respecté (59). Cela étant, il persiste la limite de la non-assistance à personne en danger. Le danger et l'urgence sont alors vus au sens le plus restrictif comme une situation extrême mettant en jeu le pronostic vital, où il n'existe pas d'alternative thérapeutique, où l'intervention est indispensable à la survie du patient, et où l'intervention est proportionnée à l'état du patient (38). En conséquence, l'intervention médicale sans consentement peut être justifiée s'il existe un bénéfice thérapeutique supérieur ou égal au devoir de respect de la volonté du patient.

En d'autres termes, l'intérêt direct du patient (l'expression de sa volonté) peut être sacrifié au bénéfice d'un intérêt indirect (sa survie) lorsque les conditions requises sont présentes au nom du respect de la vie humaine (30).

Cette distinction entre intérêt direct et intérêt indirect de la personne se retrouve lorsque la capacité à consentir aux soins est altérée. Le principe éthique d'autonomie ne peut plus être appliqué (38) et l'intervention médicale peut être nécessaire afin de venir au secours d'une personne en danger, conformément au principe de dignité. La loi dispose néanmoins de l'obligation pour le médecin de recueillir, lorsque cela est possible, l'avis préalable de la personne de confiance, d'un tiers digne de confiance ou du tuteur s'il existe une MPB, avant de prendre sa décision (59). Le tiers peut également intervenir comme médiateur dans la discussion autour du refus de soins, bien que son avis de tiers n'ait pas valeur de consentement (4). En cas de refus de soins, il convient de maintenir la communication avec le patient, de tenter de résoudre le refus de soins par la négociation et la persuasion. Une limite franche serait d'outrepasser le refus de soins réitéré l'intervention médicale sans consentement sera alors considérée comme un acte de maltraitance (38). En outre, l'abstention d'un acte médical dans le contexte de l'urgence, sous prétexte d'un risque judiciaire, peut être considérée comme condamnable sur un plan éthique (36). C'est pourquoi les situations complexes doivent inciter à prendre une décision collégiale conformément à l'article R. 4127-32 du CSP. La balance bénéfice-risque de la décision doit toujours être tracée dans le dossier médical, conformément à l'article R. 4127-45 du CSP. La traçabilité est

d'autant plus importante dans le cadre de la responsabilité médicale. En effet, en cas de conséquences pénales, il doit être justifié que le dommage éventuel fait au patient n'était pas délibéré, et que la décision a bien été prise dans but salvateur (62).

Au total, la balance bénéfice-risque dans une situation de refus de soins confronte des principes (dédus au travers de la clinique, de la loi et de l'éthique) susceptibles de s'opposer les uns aux autres. Dans certaines situations, tous les principes ne peuvent pas être respectés simultanément. C'est pourquoi une décision collégiale tracée dans le dossier médical est indispensable.

3.2. Mise en perspective autour des cas cliniques

Ce travail de thèse a défini les grands principes que sont le refus de soins, le jugement et le consentement. Les cadres juridique et éthique de la réflexion médicale devant une situation de refus de soins ont été abordés. Cette réflexion médicale est basée sur l'évaluation de la balance bénéfice-risque qu'implique chaque intervention médicale dans les soins psychiatriques et non psychiatriques. En préambule, une série de cas a été présentée. Nous proposons, en dernière partie de cette thèse, une relecture de ces cas cliniques à la lumière des grands principes énoncés précédemment.

CAS CLINIQUE N°1

Dans cette situation, on peut identifier deux refus de soins :

- le refus des soins psychiatriques ayant nécessité la mise en place d'une mesure de SPSC : l'objectif est de placer le patient dans les conditions qui permettront le travail de l'adhésion au traitement psychiatrique et une amélioration clinique suffisante pour écarter le danger que constituent ses troubles ;
- le refus des soins non psychiatriques : le motif du refus de soins lié aux idées délirantes caractérisant le trouble psychiatrique dont il souffre.

Concernant le refus de soins non psychiatriques :

Concernant la capacité de jugement :

Aucun test cognitif standardisé n'a été réalisé au cours de cette hospitalisation mais l'analyse sémiologique retrouve des perturbations sévères du raisonnement logique dans le cadre d'un syndrome de désorganisation intellectuel, affectif et comportemental.

Concernant la capacité à consentir aux soins :

On retrouve de nombreux facteurs de gravité : le patient présente une abolition de l'*insight* associée à une anosognosie ; une adhésion totale aux idées délirantes dont la thématique principale est le vécu de persécution ; des hallucinations auditives ou intrapsychiques très fortement suspectées devant les soliloquies ; des consommations de cannabis associées très fortement suspectées ; un retentissement majeur notamment par le biais d'un placement en quartier d'isolement et une incurie sévère ; une histoire de vie difficile et une maladie dont les soins ont toujours été difficiles ; et, des troubles du comportements à types d'hétéro-agressivité. Les quatre premières dimensions des critères HAS dans l'évaluation du consentement sont donc altérées : la capacité à recevoir l'information, la capacité à comprendre et écouter, la capacité à raisonner, et la capacité à exprimer librement sa décision. Dans ce contexte, le consentement ne peut être considéré comme libre car il existe la contrainte liée aux troubles psychiatriques. Le consentement n'est pas non plus éclairé car le patient n'est pas en possibilité de recevoir une information claire, loyale et précise.

Sur un plan juridique :

Le droit du patient à l'information selon l'article L. 1111-2 du CSP ne peut pas être rempli. Cela étant, Monsieur Z a reçu de manière répétée une information claire, loyale, et appropriée sur son état de santé. Les bénéfices des différents examens paracliniques et traitements nécessaires à son état de santé lui ont été présentés ainsi que les risques en l'absence de traitement. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les soins non psychiatriques ne peuvent être mis en place sans le consentement du patient : le traitement antirétroviral ne peut pas être imposé. Dans ce contexte, l'abolition de la capacité à consentir peut être envisagée sous le cadre de l'article L. 1111-6 du CSP avec nécessité de s'adresser à la personne de confiance ou à défaut un proche. Toutefois, le patient refusait tout contact avec son entourage familial. Ainsi, sa mère n'a pas pu intervenir comme médiatrice de la discussion comme prévu par l'article L. 1111-6 du CSP (4). Par ailleurs, afin de respecter le droit au secret médical selon l'article L. 1110-4 du CSP, la mère du patient n'a pas été consultée dans le cadre du refus de soins non psychiatrique car cela aurait impliqué la révélation de l'infection par le VIH, le patient s'y opposant. De plus, l'infection chronique par le VIH, en l'absence de complication aiguë, ne plaçait pas le patient dans le cadre d'un danger immédiat tel que décrit par l'article 223-6 du Code Civil sur la non-assistance à personne en danger. L'éclairage de la jurisprudence ne place pas la situation clinique dans le cadre d'une urgence ou d'une nécessité

médicale telle que le pronostic vital est extrêmement compromis, où l'intervention est indispensable à la survie du patient, sans alternative où l'intervention sans consentement serait considérée comme proportionnée à l'état du patient.

Sur le plan éthique :

La prescription d'un traitement antirétroviral dans le cadre d'une infection par le VIH au stade SIDA ne saurait être perçue comme un acte de malversation. La recherche de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient répond au principe de bienveillance. Le principe d'autonomie n'est pas applicable du fait des troubles psychiatriques. La sauvegarde de la dignité du patient nécessite de respecter le refus de soins : la force de la contrainte nécessaire à l'administration du traitement antirétroviral n'aurait pas été proportionnée au regard des bénéfices attendus. La poursuite du travail sur l'adhésion au traitement respecte alors le principe de bienveillance au sens du devoir d'accompagnement du patient dans son refus de soins.

Concernant la balance bénéfice-risque :

La réflexion sur le refus de soins non psychiatriques aboutit alors au constat que le traitement antirétroviral ne peut être envisagé préalablement au traitement psychiatrique dans cette situation. Devant la balance bénéfice-risque que présente le traitement par CLOZAPINE sur le plan infectieux, un autre traitement a été envisagé. Après la mise en place du traitement par OLANZAPINE à dose efficace, le patient a pu donner son accord quant à la reprise du traitement antirétroviral. Cependant, on peut s'interroger sur la rapidité avec laquelle le patient a donné cet accord. L'amélioration clinique des symptômes psychiatriques étant très modeste lorsqu'il a commencé à prendre les traitements, on peut se demander s'il était en capacité à consentir aux soins non psychiatriques. Un autre argument étayant cette hypothèse était que la mesure de SPSC a été poursuivie plusieurs mois après cela du fait que les critères d'admission en SDRE étaient toujours présents.

Au total :

La distinction juridique du consentement en médecine psychiatrique et en médecine non psychiatrique est questionnante. Un article de revue présentait la partition juridique de l'application du consentement en psychiatrie et en médecine dite *somatique* comme une forme de discrimination (Hum et al.). En effet, il semblerait que tout se passe comme si, en psychiatrie il y avait des personnes dont la recevabilité du consentement pourrait être *a priori*

questionnable, y compris lorsque le patient exprime un accord aux soins ; tandis qu'en milieu non psychiatrique, l'accord du patient aux soins serait considéré par défaut comme un consentement libre et éclairé, sans qu'il y ait besoin de s'interroger sur la recevabilité de ce consentement. Cela pourrait être perçu comme un retour au paternalisme médical : lorsque le patient est en accord avec l'avis du médecin « somaticien », les soins sont permis ; s'il exprime son désaccord, son autonomie pourra être remise en doute, et on s'interrogera sur l'éventualité d'une altération de la capacité à consentir. Le raisonnement est poussé plus loin : est-il toujours envisageable de considérer que des soins libres sont possibles en psychiatrie si une mesure de SPSC est susceptible d'exercer une contrainte externe sur le consentement de la personne ? Dans cet article, il est proposé une approche plus souple du concept de consentement par la prise en compte de la capacité de la personne à donner son assentiment à des soins. Le concept d'assentiment rendrait plus compte d'une approche phénoménologique du refus de soins et autoriserait la prise en compte de la subjectivité des patients (63). Cette notion d'assentiment permettrait en outre la possibilité de persuader, et non pas contraindre, le patient en mobilisant son affectivité, en s'adressant à sa « *part sensible* » (4). Cette notion d'assentiment est reprise par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH). En 2015, la CNCDH a été sollicitée pour un avis sur « *les possibles évolutions législatives, réglementaires et de pratiques professionnelles permettant de mieux respecter les droits des personnes et d'assurer la meilleure expression possible de leur volonté lorsque leurs facultés deviennent altérées* » et a émis un certain nombre de recommandations dont celle-ci (64) :

« *En matière de consentement aux soins, la CNCDH recommande de s'assurer de la bonne articulation entre les dispositions prévues par le code civil et les dispositions prévues par le code de la santé publique. Le cas échéant, le code de la santé publique devrait être amendé, pour permettre la prise en compte de la notion de consentement gradué, afin de favoriser l'autonomie de la personne dont la volonté peut être imparfaite mais qui souhaite tout de même l'exprimer et consentir, et qui doit pouvoir le faire en fonction de son discernement.* »

Il apparaît au regard de ce cas clinique qu'il existe deux approches du consentement, une en médecine psychiatrique et une en médecine non psychiatrique. Ces approches peuvent être comprises comme le résultat de constructions juridiques successives avec la loi du 4 Mars 2002 d'une part, puis les lois sur les SPSC d'autre part. La loi du 4 Mars 2002 semble répondre à une nécessité moderne de préserver les libertés individuelles des personnes prises en soins

en maximisant leur autonomie par une déconstruction du modèle paternaliste traditionnellement associé à la pratique médicale. Les lois du 5 Juillet 2011 et du 27 Septembre 2013 vont dans ce sens, notamment par le biais du contrôle de la mesure de SPSC par le JLD mais réaffirment également une fonction sécuritaire allouée à la psychiatrie (65–67). Il est intéressant de s’interroger sur les origines de cette distinction dans l’approche du consentement chez la personne souffrant de troubles psychiatriques suivant qu’elle se trouve dans une filière de soins dits *somatiques* ou psychiatriques. Le danger que peuvent constituer les troubles psychiatriques pour la personne semble prendre un aspect plus large et lié à son comportement, voire à l’ordre public, et donc à une nécessité sociale en psychiatrie. Néanmoins, le danger que constituent les troubles psychiatriques sur ces soins *somatiques* semble être réduit à une définition beaucoup plus restrictive dans laquelle l’inviolabilité du corps humain répond au caractère inaliénable de la dignité de la personne. Une prise en compte graduée du consentement permettrait peut-être de répondre plus facilement à un autre aspect de la dignité de la personne qui est celui de la protection des personnes en situation de vulnérabilité psychique. Cette approche du consentement pourrait correspondre à une éthique du *care*, l’éthique de la sollicitude, conceptualisée par des philosophes comme Ricœur et Levinas. Cette éthique fait de « *l’affectivité le ciment de la morale* » (68). L’approche de la vulnérabilité du patient par le *care* correspondrait alors à une approche personnalisée du soin, dont l’application se trouverait dans les problèmes rencontrés au quotidien. L’éthique du *care* appliquée dans le soin a pour objectif de répondre aux besoins spécifiques des personnes dont la singularité est reconnue (68).

CAS CLINIQUE N°2

Dans cette situation, plusieurs refus de soins ont été identifiés :

- le refus du traitement optimal de la constipation sévère, dont le motif exprimé par le patient était l’atteinte à son intégrité physique et sa dignité ;
- le refus des examens para-cliniques comme l’échographie cardiaque trans-thoracique et l’IRM cérébrale : le consentement du patient était fluctuant, et ces examens n’ont pu être réalisés du fait d’un retrait de consentement au moment de la passation des examens. Les motifs évoqués faisaient référence à des idées délirantes de persécution.

Concernant le refus de soins non psychiatriques :Concernant la capacité de jugement :

Aucun test cognitif standardisé n'a été réalisé au cours de cette hospitalisation mais l'analyse sémiologique retrouve des troubles sévères du raisonnement logique avec des raisonnements pseudo-scientifiques, des rationalisations morbides et un syndrome de désorganisation intellectuel, affectif et comportemental sévère.

Concernant la capacité à consentir aux soins :

On retrouve de nombreux facteurs de gravité : l'*insight* était altéré, le patient reconnaissait partiellement certains troubles ; mais les idées délirantes sur un thème de persécution n'étaient pas critiquées ; ni les injonctions hallucinatoires ; l'antériorité des troubles et l'histoire de vie difficile du patient constituaient des facteurs de gravité ; le retentissement était majeur du fait des mises en danger répétées. Les cinq dimensions des critères HAS de l'évaluation de la capacité à consentir étaient altérées, en particulier l'extrême incapacité à maintenir une décision dans le temps.

Sur un plan juridique :

Le droit du patient à l'information ne peut pas être rempli. Monsieur Y a reçu de manière répétée une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé. Les bénéfices des différents examens paracliniques et traitements nécessaires à son état de santé lui ont été présentés ainsi que les risques en l'absence de traitement. Aucun contact avec un proche n'a pu être obtenu. Concernant les examens para-cliniques, le refus de soins ne plaçait pas la situation dans le cadre de la non-assistance à personne en danger. Concernant le traitement de la constipation sévère, les éclairages de la jurisprudence ne permettaient pas de passer outre le refus de soins puisqu'il existait des alternatives thérapeutiques. De plus la réalisation d'un tel traitement laxatif par voie basse, sans le consentement du patient pourrait être assimilable pénalement à un viol (article 223-23 du Code Pénal) et mettre gravement la responsabilité du médecin en jeu (69).

Sur le plan éthique :

Le patient exprimait concernant le traitement laxatif par voie basse le sentiment d'humiliation qu'il en résulterait pour lui. Outrepasser ce refus de soins n'aurait pas pu être considéré comme répondant au principe de bienfaisance. Les principes de non-malfaisance et de dignité

interdisent éthiquement la réalisation du traitement dans cette situation. En ce qui concerne l'éclairage autour du principe d'autonomie, il n'y a aucune raison de remettre en cause ce motif de refus de ce soin, y compris dans le cadre d'une altération de la capacité à consentir. Le patient a exprimé un vécu subjectif s'intégrant bien au concept de souveraineté individuel. Au sujet de l'échographie cardiaque et de l'IRM refusées, ils répondent au principe de bienfaisance dans la recherche des meilleurs soins pour la personne. Le principe d'autonomie ne peut pas être appliqué du fait du motif intégré aux idées délirantes du refus de soins. Néanmoins, contraindre le patient à la passation de ces examens auraient pu être considéré comme une atteinte à la dignité du patient : la force de la contrainte nécessaire à la passation des examens n'aurait pas été proportionnée au regard des bénéfices attendus.

Concernant la balance bénéfice-risque :

Au regard de cette réflexion, on aboutit au constat suivant : pour ce qui est du traitement de la constipation sévère, les bénéfices attendus du traitement jugé médicalement optimal (le lavement) n'étaient pas suffisants pour compenser les risques. Le risque vital étant par ailleurs hypothétique mais réel, un traitement laxatif per os a été prescrit avec une surveillance rapproché des signes vitaux, de la douleur et du transit. Il a été anticipé qu'en cas de complication aiguë de l'état clinique du patient, un transfert aux urgences aurait lieu pour une éventuelle indication d'intervention chirurgicale. La conduite à tenir a été élaborée en collégialité avec la participation des urgentistes, de l'avis du chirurgien gastro-entérologue et du psychiatre de liaison aux urgences. L'élaboration de la balance bénéfice-risque et les explications fournies au patient sur son état, et les évolutions possibles de celui-ci ont été tracées dans le dossier médical. Concernant les examens para-cliniques (échocardiographie et imagerie cérébrale), il convenait de temporiser la situation afin de retravailler avec le patient l'adhésion à ces examens au fur et à mesure qu'une amélioration sur le plan des troubles psychiatriques serait observée.

Au total :

Dans ce cas clinique, une manière d'envisager le trouble psychiatrique serait de le considérer en tant que comorbidité dans la situation du patient. Cette comorbidité vient limiter la possibilité de réaliser les soins optimaux dans le contexte d'un refus de soins chez une personne présentant une altération de la capacité à consentir. Appréhender la pathologie psychiatrique comme une comorbidité dans le contexte d'un refus de soins non psychiatrique replace la pathologie au rang des nombreuses autres pathologies dites *somatiques*. Ainsi, le

traitement d'une infection par le VIH peut être limité par une comorbidité psychiatrique sévère, de la même manière qu'une insuffisance rénale peut contre-indiquer certains traitements du diabète de type II. Des soins jugés par le médecin comme optimaux peuvent ne pas être envisagés de la même manière que si le patient ne présentait pas cette comorbidité. La pathologie psychiatrique comorbide peut donc nécessiter, dans certains cas particuliers, d'envisager des alternatives au traitement idéalement souhaité du seul point de vue du médecin et dans tous les cas, d'offrir le meilleur accompagnement possible à la personne. Ce devoir d'accompagnement est d'autant plus nécessaire lorsque la personne est en situation de vulnérabilité psychique et que ses choix l'exposent au risque d'une détérioration de sa santé. Il convient que cet accompagnement soit assorti d'une prise en compte de la réalité de la personne, même lorsque celle-ci est difficile à appréhender pour les soignants (5).

En situation de vulnérabilité psychique telle que la personne présente une altération de sa capacité à consentir aux soins, la place du médecin consisterait à doser justement les actions nécessaires à la sauvegarde de la dignité du patient. La réflexion veillera à la protection de celui-ci sans nier totalement sa personne (68).

CAS CLINIQUE N°3

Dans ce cas clinique, plusieurs refus de soins sont identifiés :

- le patient n'est pas en mesure de s'alimenter ni de s'hydrater seul du fait des symptômes catatoniques ;
- le patient ne parvient pas à maintenir dans le temps la volonté de prendre le traitement par benzodiazépine prescrit dans le cadre du syndrome catatonique ;
- le patient refuse les examens complémentaires nécessaires à la prévention des complications du syndrome catatonique et à la prévention du risque vital.

Concernant le refus de soins non psychiatriques :

Concernant la capacité de jugement :

Aucun test cognitif standardisé n'a été réalisé au cours de cette hospitalisation mais l'analyse sémiologique retrouve des troubles du raisonnement logique des indécisions, une logique distordue ou des raisonnements inappropriés. Il existait une désorganisation prédominante sur la sphère intellectuelle et affective.

Concernant la capacité à consentir aux soins :

On retrouvait plusieurs facteurs de gravité : l'*insight* est aboli ; les thèmes des idées délirantes incluaient des idées de persécutions de mécanisme hallucinatoire intrapsychique avec des injonctions hallucinatoires menaçantes ; le retentissement était majeur avec un arrêt prolongé sur plusieurs jours consécutifs de l'alimentation mais surtout de l'hydratation ; un trouble de l'humeur associé de tonalité mélancolique. De plus, les entretiens répétés laissaient entrevoir la volonté du patient d'accéder aux soins, notamment par les gestes avortés de prise de traitement, ou la verbalisation sur le motif de refus de soins attribué à la perception erronée de provoquer la mort des autres patients s'il prenait les traitements. Il avait été compris par les soignants que le patient n'était pas en mesure de s'hydrater ou de prendre les traitements du fait de la contrainte exercée par des injonctions hallucinatoires. Dans cette situation, les cinq dimensions des critères HAS dans l'évaluation du consentement étaient altérées.

Sur le plan juridique :

Bien que le droit à l'information n'ait pas pu être rempli du fait des troubles, il a été expliqué aux patients de manière itérative, progressive, et de manière appropriée à ses capacités de compréhension qu'il souffrait d'une maladie grave, qui pouvait se soigner souvent simplement par la prise d'un médicament, mais que l'absence de ce traitement médicamenteux mettait en jeu le pronostic vital. La personne de confiance, qui était sa mère, avait été jointe par téléphone en début d'hospitalisation afin de retracer l'anamnèse. Elle avait signifié son avis favorable sur les soins et souhaitait que le patient reçoive tous les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il a été constaté la suspension totale de l'alimentation et des apports hydriques, le patient a reçu les explications nécessaires, et les entretiens infirmiers et médicaux ont été répétés afin de tenter de le persuader à reprendre au moins une hydratation. Rapidement, l'état physique du patient s'est dégradé. Il n'était plus en mesure de se déplacer seul. La nécessité de réaliser un bilan sanguin en urgence lui a été expliquée. Il a été considéré que la situation répondait au cadre de l'article 223-6 du CSP et qu'il y avait nécessité à mettre en place un traitement médicamenteux indiqué dans le syndrome catatonique devant le risque vital potentiellement imminent et l'absence d'alternative thérapeutique rapide (la mise en place d'un traitement par électro-convulsivo-thérapie ne pouvait être assurée dans des délais acceptables la veille d'un week-end).

Sur un plan éthique :

Le principe de bienfaisance était respecté par l'intérêt perçu pour la personne dans le sens de sa survie. Le principe d'autonomie ne pouvait être appliqué devant la sévérité des troubles. Le principe de dignité enjoignait à la protection de la personne et à prendre les décisions dans son intérêt le plus grand. Le principe de non-malfaisance devait être respecté autant que possible en s'assurant de la proportionnalité des interventions au regard de l'état de santé du patient.

Concernant la balance bénéfice-risque :

Il a alors été considéré la nécessité de mise en place d'une mesure de contention pour sécuriser l'administration prolongée du traitement par benzodiazépine par voie intraveineuse. Cette voie a été préférée à l'injection répétée d'un traitement par voie intra-musculaire qui aurait exposé le patient à la possibilité de mises en contention répétées et à la répétition de gestes invasifs. De plus, la voie intraveineuse permettait de réaliser un bilan sanguin afin d'évaluer d'éventuels désordres hydro-électrolytiques dont la sévérité aurait conditionné un transfert dans un service adapté (selon l'article R. 1112-14 du CSP) et de réaliser un apport hydro-sodé. L'intégralité des entretiens avec le patient ont été tracés dans le dossier médical. Les décisions ont été prises en collégialité et en pluridisciplinarité devant le caractère extrême de la situation.

Au total :

Dans ce cas clinique, l'on peut s'interroger sur la place de la contention physique dans la prise en soins. La prescription d'une mesure d'isolement et/ou de contention doit respecter la dignité et les règles déontologiques et éthiques de toute pratique médicale (articles L. 3211-3 et L.3211-4 du CSP). En outre, l'article L. 3222-5-1 du CSP définit cette mesure comme une « *pratique de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.* » La décision d'isolement et de contention est ainsi l'aboutissement d'une réflexion clinique, juridique, et éthique qui recherche avant tout l'intérêt thérapeutique du patient. Cette décision se justifie d'après une jurisprudence comme « *un processus de soin complexe justifié par une situation clinique initiale et se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique* » (70). Toutefois, il est important de signifier l'impact émotionnel de la situation sur les soignants ayant concouru à la

prise en soins du patient. Les discussions entre professionnels, médicaux et paramédicaux, faisaient ressortir d'intenses émotions négatives, telles que la tristesse, la désolation, l'impuissance ou le désarroi. Lors de la mise en place de la contention, le patient a été accompagné dans un mouvement de calme contrastant avec la sévérité des troubles et de la situation. Certains professionnels ont pu exprimer un sentiment de culpabilité ou d'échec. Les situations de refus de soins, y compris lorsque la personne ne peut pas être considérée comme autonome dans sa décision, peuvent constituer un conflit moral pour les soignants (68). Ces situations sont perçues au travers de la culture, des croyances individuelles et des représentations quant au caractère plus ou moins « sacré » de la vie humaine. Parfois, ces situations peuvent être source de contradiction entre plusieurs valeurs morales. C'est pourquoi il serait difficile de concevoir une manière protocolaire d'aborder les refus de soins non psychiatriques. Cependant, il existe une inégalité indéniable entre la position du soignant (expert) et celle du patient (en recherche de solution). Si la relation médecin-malade est asymétrique, les responsabilités le sont également (5). La législation sur les pratiques médicales est assez large pour laisser la liberté au médecin de pratiquer son art au regard des progrès scientifiques, et de ce qui est admis déontologiquement mais aussi de son éthique personnelle. Les situations faisant grief, quant à elles, laissent la place au juge de proposer une interprétation évolutive de la loi.

La nature même de la profession médicale, de par les motivations altruistes qui doivent la guider, incite à soigner au mieux, dans les limites de ce qui est permis, y compris lorsqu'on est exposé à un risque judiciaire (4).

4. Conclusion

A travers une série de cas cliniques, ce travail de thèse met en évidence deux façons d'aborder la question du consentement en médecine psychiatrique (loi du 5 Juillet 2011 modifiée le 27 Septembre 2013 régissant le cadre des SPSC) et en médecin non psychiatrique (loi du 4 Mars 2002 qui a instauré une *démocratie sanitaire*). Une personne placée sous une mesure de SPSC peut, pourtant, nécessiter des soins non psychiatriques. La réflexion amenée par un refus de soins ne sera pas la même selon qu'il s'agisse de soins psychiatriques ou non psychiatriques. Le cadre juridique de la responsabilité médicale et des droits du patient impose une limite au respect du refus de soins constituée par la notion de non-assistance à personne en danger. Celle-ci peut être définie comme une situation extrême mettant en jeu le pronostic vital, où il n'existe pas d'alternative thérapeutique, où l'intervention est indispensable à la survie du patient et où l'intervention est proportionnée à l'état du patient. Le médecin, en étudiant la balance-bénéfice risque à l'intervention médicale, confronte des principes éthiques (non-malfaisance, bienfaisance, autonomie et dignité). Ces principes éthiques sont susceptibles, du fait de leur opposition, de constituer un dilemme et il n'est pas toujours possible de respecter tous ces principes à l'issue de la réflexion. Le trouble psychiatrique qui altère la capacité à consentir aux soins peut alors être perçu comme une comorbidité à la pathologie non psychiatrique. Cette comorbidité vient limiter les soins non psychiatriques et l'option thérapeutique jugée optimale, du point de vue du médecin, ne pourra pas toujours être appliquée. Sur le plan juridique, la complexité de ces situations impose d'envisager une décision collégiale, dont le processus réflexif doit être tracé dans le dossier médicale.

Afin de favoriser l'expression de la volonté des patients les plus vulnérables, une prise en compte graduée du consentement pourrait être intéressante. Aussi, le développement élargi des directives anticipées pourrait faciliter le respect de la volonté des personnes dont la capacité à consentir aux soins est susceptible de s'altérer dans l'avenir.

Bibliographie

1. Larousse. Dictionnaire.
2. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? L'Encéphale [Internet]. 1 juin 2014;40(3):247-54. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700613001218>
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
4. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n° 87 Refus de traitement et autonomie de la personne. 2005 avr.
5. Comité éthique et cancer. Avis n°18 « Refus de consentement aux soins d'une patiente atteinte de troubles psychiatriques ». 2012 févr.
6. C. Jonas, G. Vaiva, B. Pignon. Sémiologie du consentement. EMC-Psychiatrie 2015;0(0):1-11 [Article 37-901-A-70].
7. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'OMS. 1946 juill.
8. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue. Synergies Pologne n°5 - 2008 pp 21-30. 2008;
9. Verbeke E, Vanheule S, Cauwe J, Truijens F, Froyen B. Coercition and power in psychiatry : A qualitative study with ex-patients. Social Science & Medecine 223 (2019) 89-96. 2019;
10. Hammami I. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine- Refus de soins en médecine générale par les patients : Etude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France. 6 janv 2017;
11. Radreau S. Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine- Le Médecin Généraliste Face au Refus De Soins Du Sujet Âgé : Étude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés. 2015;
12. Capron J. Examen des fonctions cognitives en médecine interne. La Revue de Médecine Interne [Internet]. 1 déc 2015;36(12):818-24. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866315005901>
13. Escudier F. Thèse de Doctorat en Psychologie : Jugement Et Prise De Décision : Validation d'un Test de Jugement Et Étude des Biais Cognitifs. 2015;
14. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Référentiel de Psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>

15. Wasserfallen J-B, Stiefel F, Clarke S, Crespo A. Appréciation de la capacité de discernement des patients: procédure d'aide à l'usage des médecins. 2004; Disponible sur: https://bullmed.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/fr/bms.2004.10622/50526f97a7d1bf0a1864da8acbd4940d83b836d1/bms_2004_10622.pdf/rsrc/jf
16. Collège des Enseignants de Neurologie. Les référentiels des Collèges : Neurologie, 3e édition [Internet]. Elsevier Masson; 2012. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxi%C3%A8me-cycle>
17. Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève, Bollondi C, De Chambrier L, Crombeke G, Hensler M, Manghi R, et al. Capacité de Discernement Et Aautonomie Du Patient, Une Préoccupation Centrale Dans Le Soin Au Patient. 3 juin 2017; Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/gr-ethique/cd_et_autonomie.pdf
18. Fédération Genevoise des Etablissements Médico-Sociaux. La capacité de discernement et son évaluation. 2012; Disponible sur: https://www.fegems.ch/content/files/capacite_de_discernement_gt_nouveau_droit_vof_281112-1.pdf
19. Tan DJOA, Hope PT, Stewart DA, Fitzpatrick PR. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatr Psychol* [Internet]. déc 2006;13(4):267-82. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18066393>
20. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. 2016;174(10):832-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448715003492>
21. Civil M-F. Thèse de Sciences Humaines et Sociales : Analyse existentielle et éthique du consentement aux soins en psychiatrie. 28 sept 2016;
22. Guibet Lafaye C. Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves). *Éthique & Santé* [Internet]. 1 mars 2015;12(1):46-55. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462914000725>
23. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005 avr.
24. Baptiste Pignon, Benjamin Rolland, Sarah Tebeka, Nadia Zouitina-Lietaert, Olivier Cottencin, Guillaume Vaiva. Critères de soins psychiatriques sans consentement. *Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. La Presse Médicale* [Internet]. nov 2014;4341(11):1159. Disponible sur: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755-4982\(14\)00339-X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755-4982(14)00339-X)
25. American Psychiatric Association. Guideline for legislation on the psychiatric hospitalization of adults. *AJP* [Internet]. 1 mai 1983 [cité 21 janv 2020];140(5):672-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1176/ajp.140.5.672>

26. Assemblée générale des Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. déc 10, 1948. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
27. Assemblée générale des Nations Unies. Convention Internationale Des Droits Des Personnes Handicapées [Internet]. déc 13, 2006. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/guides/guide-convention-internationale-des-droits-des-personnes-handicapees-cidph>
28. Jegu F, Estrade J. Guide : Convention Internationale Des Droits Des Personnes Handicapées - Comprendre et mobiliser la Convention pour défendre les droits des personnes handicapées [Internet]. 2016 déc. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/guides/guide-convention-internationale-des-droits-des-personnes-handicapees-cidph>
29. Cour de Cassation, Chambre civile. Arrêt Mercier. mai 20, 1936.
30. Hennion-Jacquet P. Le paradigme de la nécessité médicale. Droit de la Santé N°6/2007, p1038-1049. déc 2007;
31. Dujardin V. La responsabilité juridique. EPSM-Lille Métropole; 2012 sept.
32. Jolivet A, Le L. Santé Publique. Editions Vernazobrez-Greggo. 2013. (KB).
33. Ordre National des Médecins. Code De Déontologie Médicale [Internet]. 2019 nov. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
34. Code de la Santé Publique. Article R4127-35.
35. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. 2012 mai.
36. Comité Ethique et Cancer. Avis n°11 « Dans le cas d'un patient majeur protégé sous le régime de la tutelle, le tuteur peut-il consentir à un soin pour autrui ? » 2010 oct.
37. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
38. Gidenne S. Refus de soins aux urgences : quel cadre légal ? [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence. (Urgences 2015 : Chapitre 119). Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/119.pdf
39. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.
40. Code de la Santé Publique. Article L3211-2.
41. Code de la Santé Publique. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet]. NOR: ETSX1117295L juill 5, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/7/5/2011-803/jo/texte>

42. Code de la Santé Publique. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet]. NOR: AFSX1317654L sept 27, 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629>
43. Code de la Santé Publique. Article L3211-12-1.
44. Code de la Santé Publique. Article L3211-9.
45. Code de la Santé Publique. Article L3213-9-1.
46. Cour administrative d'appel, Bordeaux, 04/03/2003, M. et Mme PAMPHILE - 99BX02360.
47. Conseil d'État, 16/08/2002, Feuillatey c/CHU de Saint-Etienne - tribunal administratif, Lille, 25/08/2002, Guislain c/CHR Hôtel Dieu de Valenciennes.
48. Cour administrative d'appel, Marseille, 16/10/2014 - 13MA02518.
49. Conseil d'État, 16/08/2002, Feuillatey c/CHU de Saint-Etienne - tribunal administratif, Lille, 25/08/2002, Guislain c/CHR Hôtel Dieu de Valenciennes.
50. Renard S, Péchillon E. Le juge et la liberté thérapeutique. *Le Droit en Pratique* [Internet]. Santé Mentale 231. oct 2018; Disponible sur: <https://www.santementale.fr/en-ligne/le-droit-en-pratique/le-juge-et-la-liberte-therapeutique.html>
51. J.L.P, Dujardin V. Santale N°25 - Dossier Ethique et Psychiatrie - p 8-11. *Journal de l'Etablissement Public de Santé Mentale des Flandres*. avr 2009;
52. Hégo D. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine: Le Serment d'Hippocrate d'hier à demain: Etat des lieux de l'utilisation du Serment d'Hippocrate dans les 36 Facultés de Médecin françaises. 2016;
53. Amiel P. «“Code de Nuremberg” : texte original en anglais, traductions et adaptations en français ». *Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice* [Internet]. 2011; Disponible sur: appendice électronique <http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad>
54. Conseil Européen des Ordre des Médecins. Charte Européenne d'Éthique Médicale. Kos; 2011 juin.
55. Buchanan A. Respect for dignitiy and forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 41. Elsevier Ltd. 2015;12-7.
56. Cano N. Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques. *Ethique et Santé* (2009) 6, 3-10. Elsever Masson.
57. Espace Éthique Languedoc-Roussillon. Petit guide d'éthique clinique à l'usage des professionnels du soin. 8 sept 2015; Disponible sur: <http://www.ere-occitanie.org/contenus/medias/2017/01/petit-guide-dethique-clinique-Espace-ethique-LR.pdf>

58. European Patients Academy - EUPATI - site internet - glossaire. In. Disponible sur: <https://www.eupati.eu/fr/glossaire/>
59. Code de la Santé Publique. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
60. La Revue Prescrire Mai 2014/Tome 34 N° 367, p381-385. Concepts et Méthodes - Déterminer la balance bénéficesrisques d'une intervention : pour chaque patient.
61. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pédagogique pour la sécurité des patients - édition multi-professionnelle - module 11 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/fr/>
62. Friouret L. Les soins forcés décidés par le Préfet, de la prise en charge sous programme de soins à la réadmission en hospitalisation complète de la personne. La Revue des Droits de l'Homme [en ligne]. 7 nov 2014; Disponible sur: <http://revdh.revues.org/927>
63. Hum P, Boury D, Danel T, Demailly L, Dujardin V, Ethuin C, et al. Le refus de soins : forces et faiblesses du consentement. *Ethique et Santé* (2015) 12, 56-63. Elsevier Masson. 2014;
64. Commission nationale consultative des droits de l'homme. Avis sur le consentement des personnes vulnérables - 16 avril 2015. NOR : CDHX1513727V.
65. Lafaye CG. Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? *Rhizome* [Internet]. 2014;7-8. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01153350>
66. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. nov 2014 [cité 22 août 2019];172(9):766-71. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448714002480>
67. Senon J-L. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. 2005;81:8.
68. sous la direction de Emmanuel Hirsch, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, INSERM, Université Paris-Sud 11. *Ethique, médecine et société - Comprendre, réfléchir, décider*. Vuibert. 2007. (Espace éthique).
69. Mallay D, Cannard B, Penaud J. Constipation, toucher rectal et consentement. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* [Internet]. 1 juin 2019;19(111):148-54. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483019300364>
70. CAA de Marseille- 21/05/15- N° 13MA03115 - 2ème chambre - formation à 3.

Annexe

Annexe 1. Tableau récapitulatif des différentes procédures de soins sans consentement à l'admission

Procédure	SDT	SDT-U	SPI	SDRE classique	SDRE provisoire
<i>Article du CSP</i>	<i>L3212-1, II, 1°</i>	<i>L3212-3</i>	<i>L3212-1, II, 2°</i>	<i>L3213-1</i>	<i>L3213-2</i>
Critères d'admission	-Trouble mental nécessitant des soins -Altération du jugement	- Trouble mental nécessitant des soins -Altération du jugement -Dangerosité des troubles	- Trouble mental nécessitant des soins -Altération du jugement -Péril imminent -Absence de tiers	- Trouble mental nécessitant des soins -Trouble grave à l'ordre public ou compromettant la sécurité des personnes	-Trouble mental manifeste -Danger imminent pour la sûreté des personnes
Décision d'admission	Directeur de l'hôpital	Directeur de l'hôpital	Directeur de l'hôpital	Préfet	Maire Préfet sous 24 h
Nombre total de CMI	2	1	1	1	1
Nombre de CMI d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil	1	0	1	1	0
Nombre de CMI d'un médecin appartenant à l'établissement d'accueil	1	1	0	0	1
Tiers	Oui	Oui	Non	Non	Non

NB : dans le cas des SDRE en milieu carcéral la notion de trouble à l'ordre public est remplacée par la notion de danger pour le patient ou pour autrui et les troubles doivent altérer le jugement (article L. 3214-3 du CSP).

AUTEUR : Nom : PLISSON

Prénom : Guillaume

Date de soutenance : 17 Mars 2020 à 18h

Titre de la thèse : Le refus des soins non psychiatriques en situation de soins psychiatriques sans consentement

Thèse - Médecine - Lille « Année 2020 »

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Refus de soins ; SPSC ; Consentement ; Loi du 4 Mars 2002 ; Ethique ; Balance bénéfice-risque

Devant une situation de refus de soins, le médecin doit tenir compte **1/ au niveau clinique** : du motif du refus de soins, de l'évaluation du jugement et de la capacité à consentir (*signes de gravité clinique, insight et retentissement sur la qualité de vie*) ; **2/ au niveau juridique** : de sa responsabilité et de ses obligations vis-à-vis du patient (*droit à l'information, au consentement et au refus de soins éclairé*) ; la jurisprudence permet d'illustrer la manière dont certaines situations juridiques ambiguës ont été résolues ; **3/ au niveau éthique** : des principes éthiques fondamentaux (*non-malfaisance, bienfaisance, autonomie et dignité*) ; **4/ de la balance bénéfice-risque** : la délibération confronte des principes susceptibles de s'opposer les uns aux autres ; dans certaines situations (*cas de la non-assistance à personne en danger*) tous les principes ne peuvent pas être respectés simultanément.

La problématique du refus de soins non psychiatrique (*loi du 4 Mars 2002*) est largement complexifiée dans les situations de *soins psychiatriques sans consentement (SPSC)* puisque le patient est alors hospitalisé au motif de « *troubles mentaux qui rendent impossible son consentement* » (*loi du 5 Juillet 2011 modifiée le 27 Septembre 2013*). Dans ce contexte, que nous illustrons ici d'une série de cas cliniques, le médecin doit impérativement doser les actions nécessaires à la sauvegarde de la dignité du patient (*principe de proportionnalité*). Il doit veiller à la protection de celui-ci sans nier totalement sa personne. Dans les situations extrêmes (notamment lorsqu'il existe un risque vital immédiat pour la personne), l'intérêt direct du patient (*l'expression de sa volonté*) peut être sacrifié au bénéfice d'un intérêt indirect (*sa survie*).

En conclusion, les situations de refus de soins non psychiatriques dans les situations de SPSC sont complexes et nécessitent une réflexion clinique, juridique et éthique. La notion de balance bénéfice-risque oriente une décision qui doit être collégiale et tracée dans le dossier médical du patient. Les futurs travaux dans le domaine devront favoriser une prise en compte graduée du consentement et le développement élargi des directives anticipées chez les patients hospitalisés en SPSC.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Pr Guillaume VAIVA, Monsieur le Dr Ali AMAD

Co-directrice et Co-directeur de thèse : Madame le Dr Mathilde HORN et Monsieur le Dr Thomas FOVET