



Chapitre 119

Refus de soins aux urgences : Quel cadre légal ?

S. GIDENNE

Point essentiels

- Pour qu'il y ait refus de soins, il faut que le patient bénéficie d'une délivrance de l'information claire et loyale.
- La notion de refus de soins est largement encadrée dans la loi. (Lois, article du code de la santé publique, chartre, articles du code pénal, décret, jurisprudence, code de déontologie.)
- Au niveau légal, le travail médical s'inscrit dans un équilibre entre sauvegarde de la vie humaine et nécessité légale du consentement aux soins.
- Le devoir d'information entraîne un droit au consentement du patient avec possibilité de refus de soins.
- L'infirmière a une place dans la gestion des refus de soins même si c'est le médecin qui engage sa responsabilité.

1. Introduction

Et voilà qu'un patient se présente à l'accueil des urgences. Il n'avait pas prévu de venir.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients (1), il ne perd pas son autonomie de décision ni son libre arbitre en franchissant le seuil de l'hôpital ; il a son mot à dire concernant sa prise en charge, même si il est venu de son propre chef. C'est ainsi que parfois il va dire NON. Il va refuser un soin, une décision médicale.

En a-t-il vraiment le droit ?

Correspondance : Sidonie Gidenne, service d'urgences, CHR Metz-Thionville, site de Mercy, 1, allée du Château, 57530 Ars-Laquenexy, 57038 Metz Cedex 01. Tél. : 03 87 55 34 91.
E-mail : sideau@yahoo.fr

2. Que dit la loi ?

2.1. Les devoirs du médecin

2.1.1. Le devoir de porter secours

Depuis toujours, l'exercice de la médecine est basé sur le principe de bienfaisance : le médecin, porteur du savoir, est là pour prendre soin du patient qui lui, est en position de vulnérabilité.

Il est du devoir du médecin de sauvegarder de la vie humaine de par l'obligation d'assistance à personne en péril signifié dans le Code de déontologie médical et reprise dans le Code de la santé publique (2) : *c'est ainsi 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 apporter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».*

Cette obligation est d'autant plus lourde qu'elle existe aussi pour chaque citoyen : *« sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle soit en provoquant un secours » (3).*

2.1.2. Le devoir d'information

Depuis la loi du 4 mars 2002, le principe de bienfaisance ne suffit plus, le malade acquiert le droit à l'autonomie. Le médecin est bien toujours porteur du savoir, mais il doit le partager avec son patient quand il s'agit de son état de santé pour ainsi, pouvoir établir un contrat de confiance et prendre avec lui les décisions concernant sa santé. C'est le devoir d'information qui va permettre le consentement aux soins du patient ou bien son refus, corollaire du consentement.

Le code de déontologie repris là encore dans le Code de la santé publique définissait déjà les devoirs du médecin en matière d'information (4). L'aspect juridique vient donc valider la démarche éthique déjà existante.

Depuis 2002, ce qui était un devoir du médecin devient donc un droit du patient (5) :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte, sur les différentes investigations, traitements, ou actions de prévention qui sont proposés, de 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 (...). »

2.2. Les droits du patients

2.2.1. Le droit au consentement

Le consentement est un élément fondamental de la relation de soin. Il place le patient comme acteur de sa prise en charge.

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...). » (6)

La loi est claire : la recherche du consentement est un préalable à tout acte diagnostique ou thérapeutique.

2.2.2. Le droit au refus de soins

« 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. » (6)

La charte du patient hospitalisé (circulaire du 6 mai 1995), affichée dans tous les couloirs hospitaliers afin que chacun y ait accès précisait déjà ce droit : « tout patient informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. »

Et l'on voit bien à présent le dilemme du médecin : d'une part, il est tenu de sauvegarder la vie humaine, d'autre part, le patient qu'il doit soigner voir sauver, refuse ses soins et il en a le droit. En principe, le patient étant en état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut passer outre.

2.3. Le contexte de l'urgence

Celui-ci exonère-t-il les soignants des obligations légales ? En effet, si la loi mentionne l'urgence, elle n'en donne aucune définition.

On pourrait ainsi dire que « l'urgence médicale, chirurgicale ou psychiatrique se définit par toute symptomatologie, dont le diagnostic et surtout le traitement, voire l'orientation ne peuvent être différés. Dans le cas du refus de soins, il est parfaitement établi que l'urgence doit être prise dans son sens le plus restrictif, c'est-à-dire quand le patient ne peut plus revendiquer le principe d'autonomie. » (7)

Ainsi, il s'agirait des urgences dites vitales où le temps ne serait plus disponible pour une recherche de consentement : le pronostic vital est engagé à court terme (comme dans les défaillances cardio-respiratoires, les hémorragies massives), et le médecin doit prendre une décision, selon le principe de bienfaisance déjà cité et l'obligation de porter secours.

2.3.1. Deux situations se présentent

2.3.1.1. Le patient est conscient

Il exprime son refus de soin malgré la détresse vitale : le médecin est tenu de respecter ce refus car la loi du 4 mars 2002 n'a prévu aucune exception. Il pourra alors chercher à proposer des alternatives thérapeutiques si elles existent. Mais parfois il n'y en a pas et il va se retrouver devant un choix difficile : respecter la volonté du patient qui peut entraîner celui-ci vers la mort ou passer outre dans le but de lui sauver la vie. Cette situation s'est déjà présentée et a été portée devant les tribunaux. Il s'agissait d'une patiente témoin de Jéhovah, victime d'une hémorragie du post-partum, qui maintenait son refus de transfusion sanguine malgré le pronostic vital engagé. Le médecin n'a alors pas tenu compte de son refus et a transfusé la patiente. Celle-ci a saisi le tribunal pour qu'injonction soit faite au médecin de ne pas transfuser de nouveau et ainsi imposer le respect de ses croyances. Mais celui-ci n'a pas été déclaré coupable car le juge a considéré qu'il avait réalisé ce soin dans le but de sauver la vie (8). Le Conseil d'État a bien précisé qu'il s'agissait d'une situation dérogatoire et que le droit au consentement demeurait un principe fondamental. Pour cette exception, il a fallu 3 principes cumulatifs :

- la situation devait être extrême et mettre en jeu le pronostic vital ;
- il existait une absence d'alternative thérapeutique ;
- l'acte devait être indispensable à la survie du patient et proportionné à son état.

Si ces 3 principes ne sont pas retrouvés, le médecin peut-être condamné comme il a été vu dans le cas d'une transfusion imposée là aussi à un témoin de Jéhovah en situation d'anémie car « *le refus de respecter la volonté de la patiente n'était pas rendu nécessaire du fait du danger immédiat pour sa vie.* » (9)

2.3.1.2. Le patient est inconscient et ne peut, de ce fait, exprimer sa volonté

Qu'il y ait urgence vitale ou non, la loi oblige le professionnel de santé à intervenir en réalisant les soins appropriés et indispensables à sa survie (2) tout en cherchant à consulter la personne de confiance, la famille ou à défaut un proche quand c'est possible (6). Il est prévu que l'urgence ou l'impossibilité soient des dérogations au principe de la consultation de l'entourage (11). Ainsi l'article L. 1111-4 du CSP « *impose à tout professionnel de santé d'agir dans les plus brefs délais et le dispense d'obtenir le consentement des représentants légaux.* »

3. Les limites au refus de soins

3.1. Quand le consentement ne peut-être obtenu

Même en excluant le cas du patient arrivant inconscient dans le service et ne pouvant ainsi pas s'exprimer, régulièrement il y a les patients dont une situation ou une pathologie altère les capacités de compréhension et de jugement. Le soignant ne pourra alors pas se fier à son expression du consentement ou du

refus. La loi prévoit ces situations en indiquant la conduite à tenir en cas d'intervention diagnostique ou thérapeutique (6) : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté. »

Il reste malgré tout des situations pratiques qui posent des questions de prise en charge :

3.1.1. *Le malade mental*

- en cas d'affection aiguë, en situation de crise, le soin doit s'appliquer en considérant que le patient ne possède pas, à ce moment-là, son libre arbitre et qu'il met sa vie en danger. Les décisions le concernant lui seront expliquées plus tard. Le médecin se doit de le mettre hors de danger (11) ;
- en cas d'affections chroniques, le patient devrait pouvoir exprimer son choix devant une information claire, loyale et adaptée. Ainsi, à l'extrême, le médecin ne devrait pas passer outre le refus réitéré du patient (12). Quand il s'agit de la pathologie mentale qui doit être prise en charge, que le médecin pense que son patient se met en danger par sa décision, le régime d'hospitalisation en psychiatrie sans consentement peut alors s'appliquer (13).

3.1.2. *La démence sévère*

Il est clair que le consentement au sens d'une autonomie complète ne pourra être recueilli du fait de la pathologie du patient. On parle alors d'assentiment qui est un accord de participation basée sur une compréhension incomplète. L'information doit être donnée au patient et la notion d'*information appropriée* prend ici tout son sens. Le médecin devra alors s'appuyer, comme il est prévu par la loi, sur la personne de confiance, la famille ou les proches mais aussi sur les directives anticipées si elles existent (11).

3.1.3. *Le patient alcoolisé*

La loi n'a pas prévu l'exception du patient alcoolisé. Pourtant au-delà d'un certain taux d'alcool dans le sang, il est discutable de penser que le patient a toute son autonomie de penser et qu'il n'est pas dangereux pour lui-même ou pour les autres. La question qui se pose alors est la valeur de son refus de soins. Et c'est l'appréciation de l'état clinique du malade qui va conditionner la conduite à tenir dans ce cas. Rappelons que cet état est *a priori* transitoire et qu'il reste possible de suspendre les soins refusés en temporisant jusqu'à un retour à un état normal rendant possible la délivrance de l'information et la participation du patient à la décision. Régulièrement il ne s'agira que d'une nécessité d'hospitalisation pour surveillance de cet état transitoire et de ses risques (11).

3.1.4. La tentative de suicide

Là encore, pas de dispositions particulières prévues par la loi. Ce sont donc les dispositions générales vues précédemment qui doivent s'appliquer. (Selon l'état de conscience conservé ou non ; avec évaluation des capacités de compréhension.

La difficulté va venir du fait qu'un patient suicidant est par définition un patient qui a voulu, à un moment donné, mettre fin à sa vie. Comment imaginer alors qu'il veuille ensuite consentir aux soins visant à la lui sauver ? Le médecin doit-il pour autant le laisser mourir sous prétexte que le patient a droit au refus de soins ? En fait, il appartient au médecin urgentiste de prodiguer les soins somatiques nécessaires en consultant la personne de confiance comme il est prévu dans la loi (6). Il fera ensuite appelle au spécialiste pour évaluer l'état psychologique du patient (qui altère sa capacité de jugement) et qui pourra proposer à celui-ci un suivi ou une hospitalisation en milieu psychiatrique.

3.2. Les cas particuliers

3.2.1. Les mineurs

Ont le « *droit de recevoir eux-mêmes l'information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité* ». Le consentement « *doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.* » (5) (6) Le code de déontologie médicale énonçait déjà ce principe (14). Mais le degré de maturité et l'aptitude à la décision sont difficiles à évaluer et il faudra que l'avis du représentant légal soit de toutes façons, systématiquement recherché (12). Il n'y a que si ce représentant refuse les soins et que cela semble mettre en danger le mineur que le médecin pourra passer outre. Il informera alors le procureur de la République (6).

3.2.2. Le majeur protégé

Quelque soit le régime de protection (curatelle, tutelle), il prend lui même les décisions touchant à sa personne. C'est la loi n° 2007-305 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs qui le prévoit. Elle conserve ainsi le principe d'autonomie du patient. Seul le juge pourra le réduire s'il est avéré que ce patient ne peut prendre de décision éclairée. Il confiera alors ce rôle au représentant légal qui est le tuteur ou le curateur (15).

3.2.3. La fin de vie

Le refus de soin en fin de vie est défini dans la loi Léonetti (16) comme un refus à une obstination déraisonnable (anciennement « acharnement thérapeutique »). Cette situation mérite un développement à part entière et a déjà été largement abordé dans les congrès de médecine d'urgence. Rappelons que rejoignant la loi Kouchner, la notion de personne de confiance va être déterminante ainsi que celle de directives anticipées. Ces deux dispositions ainsi que la procédure collégiale vont aider le médecin dans la prise en charge de ces refus de soins ultimes.

4. En pratique

4.1. Que risque le médecin ?

S'il passe outre le refus de soins clairement exprimé, il commet donc une faute en droit. Il encourt des sanctions pénales, civiles et disciplinaires.

Mais sa crainte est aussi d'avoir un patient qui refuse les soins, à qui il arrive un dommage médical lié à ce refus et qui demande réparation.

C'est à lui d'apporter la preuve de l'information qu'il a donnée au patient et du refus de soins de celui-ci (6). Si cette preuve est apportée, le médecin ne commet, en principe, pas de faute.

4.2. La gestion d'un refus de soins

4.2.1. Par de la communication

Le médecin ne doit pas accepter trop facilement ce refus.

Il doit s'agir pour lui d'une véritable démarche pédagogique et d'une capacité à instaurer un climat de confiance. Tout commence au début de la prise en charge avec une information adaptée au niveau de compréhension du patient et à son état psychologique : il se retrouve aux urgences alors que par définition, il n'a pas prévu d'y venir. Sa vie à ce moment-là est bouleversée par un événement plus ou moins grave et il se retrouve à devoir prendre une décision dans ce temps si particulier qu'est celui d'un service d'urgences. C'est au médecin de s'adapter et de reprendre les informations après un certain délai en cas de refus. Il faut que le patient comprenne bien les risques encourus s'il persiste. Même s'il doit tout mettre en œuvre pour convaincre le patient, le médecin ne doit cependant pas être alarmiste en excès, ni menaçant pour obtenir un accord. Il doit être factuel et préciser au patient que ce refus n'est pas définitif et qu'il peut revenir à tout moment sur sa décision.

4.2.2. Par de la traçabilité

L'entretien de délivrance de l'information doit être **tracé dans le dossier médical**. Idéalement, l'entretien recueillant le refus doit se passer en présence d'un témoin, que ce soit un membre de l'équipe ou un proche du patient, avec l'accord de celui-ci.

Il sera demandé au patient de signer un document d'« **attestation de refus de soins** ». Il n'existe pas de document standardisé : chaque établissement établit le sien. Il doit être le plus précis possible. Il y sera noté que le patient a bien compris les informations données mais qu'il refuse quand même les soins. Le document est daté et signé ; un exemplaire sera remis au patient, l'autre archivé dans le dossier de soins. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce constat de refus sera signé par le médecin présent et au moins un des deux soignants présents (17).

4.3. Le rôle de l'infirmière

Travailler en service d'urgences veut dire aussi en équipe, en collaboration étroite avec le médecin. L'infirmière peut intervenir à tout moment dans la relation avec le patient et donner elle aussi, les explications concernant sa prise en charge. Surtout que dans la loi, pour ce qui est de la délivrance de l'information, le médecin n'est pas cité individuellement : « *cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans les règles professionnelles qui lui sont applicables.* » (5) En revanche, c'est bien au médecin qu'il est demandé de respecter la volonté du patient. C'est donc lui qui a la responsabilité au final, du respect du refus de soins (6).

5. Conclusion

La notion de « refus de soins » est donc bien encadrée par la loi. Le patient a le droit de dire NON. Pour gérer ces situations quand elles se présentent, il appartient à chacun des acteurs du service d'urgence de connaître ce cadre. Cela leur permettra d'accepter l'autonomie revendiquée par le patient sans se sentir coupable de ne pas « bien-faire », ni angoissé de la prise de risque judiciaire supposée à laisser celui-ci décider.

Restera le questionnement d'une équipe médicale devant un refus du patient d'accepter sa bonne volonté et l'utilisation de sa science pour le soigner. C'est la dimension éthique qui a toujours été là, en parallèle de la dimension juridique. La lecture de l'avis n° 87 du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé permettra d'aller plus loin dans cette réflexion (18).

Références

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2004 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.
2. Code de déontologie médicale, articles 9 et R.4127-9 du code de la santé publique.
3. Article 223-6, alinéa 2 du code pénal (la peine sera de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende).
4. Code de déontologie médicale, article 35 et article R. 4127-35 du code de la santé publique.
5. Code de la santé publique : article L1111-2.
6. Code de la santé publique : article L1111-4.
7. Kierzek G., Pourriat J.-L. Refus de soins en situation d'urgence. Urgences 2009. Chapitre 44.
8. Ordonnance du juge des référés du 16 août 2002, M^{me} Valérie Feuillatey et M^{me} Isabelle Feuillatey, n° 249552, AJDA.
9. Tribunal administratif, 25 août 2002, Gazette du Palais 15/17, septembre, p. 11.
10. Jacquet-Francillon T., Tilhet-Coartet. Information, consentement et refus de soins. EMC – Médecine d'urgence 2007 : 1-10 (article 25-1210-A-20).

11. Conseil National de l'ordre des médecins. « Du droit au consentement au refus de soins » 31/01/2004.
12. Loi 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.
13. Code de déontologie médicale, article R. 4127-42 du code de la santé publique.
14. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (15) <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-42-soins-aux-incapables-266#article>
15. Décret du 14 janvier 1974, article 7 : Règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.
16. Avis n° 87 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé : « Refus de traitement et autonomie de la personne. »

