

Refus de soins

Soins sans consentement

Eric Péchillon

Professeur des Universités (droit public)

Université Bretagne Sud (Vannes)

Droits fondamentaux de la personne

- Principes à valeur constitutionnelle et conventionnelle (CEDH)
 - Le consentement aux soins
 - Droit au respect de la dignité et de l'intégrité
 - Droit au respect des opinions philosophiques et religieuses
 - Principes d'égalité et de non-discrimination
 - Droit au respect de la vie privée
 - Droit à la protection de la santé
 - Liberté d'aller et de venir

Les mutations des sources du droit

- L'obligation de combiner les normes générales (droit administratif général, libertés fondamentales...) et les normes spécifiques (droit de la santé): l'exemple du soin sous contrainte.
- L'indispensable réflexion autour de la rédaction d'un cadre juridique spécifique à la psychiatrie: une « discrimination positive » en faveur de la personne vulnérable.

Rappel des droits fondamentaux du patient et des conditions de leurs éventuelles limitations

- L'importance du consentement en droit de la santé et protection des libertés publiques (art 34 de la Constitution)
- Article L 3211-1 du CSP (UN CADRE LIMITATIF)
 - Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale

Dignité de la personne

- Droit au respect de la dignité inscrit dans le CSP
 - Art. L 1110-2 CSP (loi du 4 mars 2002)
 - "La personne malade a droit au **respect de sa dignité**"
 - Art. L 1110-5 CSP (loi du 2 février 2016)
 - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le **droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.** Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.
 - « Toute personne a le droit **d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance.** Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté."

Liberté de circulation

- Liberté d'aller et de venir
 - Principe
 - "Quiconque se trouve légalement sur le territoire d'un État a le droit d'y circuler librement et d'y choisir librement sa résidence
 - Toute personne est libre de quitter n'importe quel pays, y compris le sien
 - Les droits mentionnés ci-dessus ne peuvent être l'objet de restrictions que si celles-ci sont prévues par la loi, nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et compatibles avec les autres droits reconnus par le présent Pacte [Pacte international relatif aux droits civils et politiques]"

Liberté d'aller et de venir

- Article R1112-56
- Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maxima de quarante-huit heures.
- Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur.
- Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon les modalités prévues à la sous-section II de la présente section.

Liberté d'aller et de venir

– Art. R 1112-62 CSP

- Sous réserve des dispositions de [l'article L. 1111-5](#), à l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.
- Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.
- Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Responsabilité pour ne pas avoir empêché une sortie

- CE, 12 mars 2012, CPAM du Puy-de-Dôme, n° 342774, et ses conséquences sur l'HC.
 - "Considérant, en second lieu, qu'aux termes de l'article L 3211-2 du CSP, dans sa rédaction en vigueur lors de l'hospitalisation de Mlle C : " Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause " ; qu'il résulte de ces dispositions que la cour n'a pas commis d'erreur de droit en prenant en compte, pour juger que le CHU de Clermont-Ferrand n'avait pas commis de faute en n'adoptant pas des méthodes coercitives de surveillance de Mlle C, la circonstance que l'intéressée, qui avait elle-même demandé son hospitalisation, relevait du régime de l'hospitalisation libre"

Les restrictions de liberté de circulation

- Applications pratiques
 - Conditions d'application de la restriction de la liberté d'aller et venir
 - Hypothèses prévues par la loi
 - Admissions en soins psychiatriques sous contrainte (SDRE, SDT...)
 - Cas particuliers des détenus
 - Aménagement → patients incapables juridiquement (mineurs et majeurs sous tutelle)

Droit à l'information

- Principe général
 - Information du patient
 - Information préalable du patient = condition nécessaire à l'expression de son choix libre et éclairé (adhésion ou refus de soins)
 - Illicéité de tout acte médical/ traitement sans consentement préalable du patient sauf exception législative

Droit à l'information [2]

- Contenu de l'information → Art. L 1111-2 al. 1 CSP (loi du 26 janvier 2016)
 - État de santé du patient + évolution prévisible
 - Investigations ou soins nécessités par son état (utilité, urgence, conséquences...)
 - Disposition spécifique/ patient en fin de vie (art. L 1110-5 al. 5 + L 1111-10 CSP)
 - Risques liés aux soins (risques "fréquents" ou "graves normalement prévisibles")
 - Alternatives thérapeutiques éventuelles
 - Conséquences prévisibles en cas de refus de soins

L'article L. 1111-2 CSP

- 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, 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. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article [L. 1110-10](#), les soins sous forme ambulatoire ou à domicile.
- Il est tenu compte de la **volonté** de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

L'article L. 1111-2 CSP

- Cette information incombe à **tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences** et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.
- Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.
- La **volonté** d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

L'article L. 1111-2 CSP

- Les droits des **mineurs ou des majeurs sous tutelle** mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles [L. 1111-5](#) et [L. 1111-5-1](#). Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.
- Des **recommandations de bonnes pratiques** sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.
- En cas de **litige**, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.
- L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Article L 3211-6

- Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre
- Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde

Recueil du consentement

- Consentement obligatoire avant tout acte médical
 - Art. 16-3 C. civ
 - Art. L 1111-4 al. 1 et 3 CSP
 - Décision du patient avec le professionnel de santé en fonction des informations et préconisations qu'il lui fournit
 - Art. R 4127-36 al. 1 CSP (médecins)

Recueil du consentement [2]

- Caractères du consentement
 - Consentement libre et éclairé
 - Consentement renouvelé avant tout acte important
 - Pas de formalisme → consentement oral (sauf régimes spéciaux)



Soins sans consentement : Un cadre législatif restrictif

Le cadre initial posé par la loi du 30 juin 1838

- Après la révolution française et l'évolution des connaissances en psychiatrie, cette loi va essayer de concilier le respect de la liberté individuelle et le traitement des aliénés contre leur gré
 - Elle met en place :
 - Les hospitalisations d'office, par l'administration, réservées aux aliénés qui portent atteinte à l'ordre public
 - Les hospitalisations sur demande d'un tiers (placements volontaires) qui requièrent une demande de la famille et le certificat d'un médecin
 - Le malade peut demander lui-même son hospitalisation avec l'accord d'un médecin
 - Tous les frais sont pris en charge par l'état

Loi du 27 juin 1990

- 1990 : Une loi de transition et révisable tous les 5 ans :
 - L'hospitalisation d'office reste identique
 - L'hospitalisation sur demande d'un tiers nécessite 2 certificats médicaux concordants (se pose la question de la place du psychiatre)
 - En cas d'urgence, un seul certificat suffit
 - Les conditions de prise en charge sont aménagées sous forme de sorties d'essai à durée limitée
 - Création d'une commission départementale de contrôle
 - Possibilité pour les malades de saisir le tribunal

La loi sur les droits du malade

- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Le principe d'un droit commun du patient difficilement compatible avec la prise en charge psychiatrique
- Article 3: invoque le droit fondamental à la protection de la santé et exige le respect de la dignité de la personne malade.
- Refus de toute discrimination dans les soins et garantie du droit à la vie privée et au secret médical

Les 4 objectifs de la réforme de 2011

- Objectifs annoncés par le législateur :
 - 1) Lever les obstacles à l'accès aux soins et garantir leur continuité
 - 2) Permettre aux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation temps plein
 - 3) Assurer un suivi attentif des patients pour leur sécurité et celle des tiers
 - 4) Renforcer les droits des personnes malades

Maintien d'un double dispositif législatif : SPDT et SPDRE

- Deux procédures différentes d'entrée en soins sous contrainte
- Deux finalités différentes
- Deux droits différents

Le SPDT: une qualification maladroite

- Procédure de droit commun et procédures d'urgence
- I – SPDT « à la demande d'un tiers »
- II – SPDT de « Péril imminent » (sans tiers)
- III – SPDT « d'Urgence » (un tiers ne disposant pas de l'ensemble des pièces)
 - 2 conditions préalables cumulatives
 - Consentement impossible en raison de troubles mentaux
 - Besoins de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale :
 - Soit constante : hospitalisation complète.
 - Soit régulière : prise en charge ambulatoire (possible à partir de 72 h avec programme de soins)

L'article L. 3212-1 CSP: le « SPDDE »

- I. « Une personne atteinte de **troubles** mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la **décision du directeur d'un établissement** [...] que lorsque deux conditions sont réunies: [...]
- II. Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission: [...]

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) [2]

- La finalité: Agir dans l'intérêt du patient
incapable de consentir: vers une clarification législative (SPDDE)
 - Une mesure administrative attentatoire aux libertés individuelles justifiées par des circonstances exceptionnelles soumise au contrôle du juge
 - La difficile qualification juridique de la mesure (police ou service public ?)

La confirmation législative de la jurisprudence

- II. - Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission à la demande d'un tiers :

"lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci"

Quelles sont les incidences de la loi de 2011 sur le statut du tiers à l'origine de la demande ? [2]

- La réforme législative a souhaité revenir sur la hiérarchie entre les tiers
- Elle cherche sur ce point à faciliter la reconnaissance du statut de tiers et à placer les tiers face à leur responsabilité
- Elle ne parvient cependant pas à clarifier la fonction du tiers une fois que la prise en charge a débuté: cf. la demande de levée de la mesure.

Qu'est-ce qu'un « péril imminent » ?

- Il s'agit d'un critère d'entrer dans le soin sous contrainte (en fonction de l'état du patient).
- Le « péril imminent » est une procédure d'entrée sans demande d'un tiers.
- Décision du chef d'établissement (compétence liée au certificat médical ne pouvant émaner de l'établissement)

Conditions de validité du péril imminent

- Obligation pour le directeur d'établissement d'informer dans les 24 heures (L 3212-1 CSP)
 - La famille de la personne malade (à défaut un proche)
 - S'il y a lieu le tuteur ou curateur
 - Sauf difficultés particulières (impossibilité de connaître l'identité du patient ou impossibilité d'identifier les proches) démontrer ici le respect de son obligation de moyen

SPDT en cas d'urgence: L. 3212-3 CSP

- En cas **d'urgence**, de manière exceptionnelle, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade :
 - 1/ Demande du tiers
 - 2/ Un seul certificat médical **pouvant** émaner d'un médecin de l'établissement. Ce certificat doit être circonstancié et insister sur le risque grave pour le malade
- Garantie pour le patient: les 2 certificats rédigés durant la période d'observation (24h et 72h) devront être rédigés par 2 psychiatres différents.

Maintien d'un double dispositif législatif : SPDT et SPDRE

- SPDRE : décision de l'autorité de police (ou décision de l'autorité judiciaire) afin de protéger l'ordre public
- Le maintien d'une police administrative spéciale dont l'organisation suppose l'intervention du service public

Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)

- Le maintien d'une police administrative spéciale
- Un encadrement progressive du pouvoir de police sous la pression de la CEDH
- La délicate question du consentement du patient (TA de Rennes, 18 juin 2012, n°1202373, Madame A. contre CHS Guillaume Régnier et la position du Conseil d'Etat, 16 juillet 2012, CHS G. Régnier, N°: 360793)

Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) [2]

- Admission

- CONDITIONS : soins nécessaires + troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public

- Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un **psychiatre** exerçant dans l'établissement d'accueil (3213-1.I CSP)

- Le certificat porte sur l'état du patient

- 1 arrêté préfectoral motivé et précis, désigne l'établissement d'accueil

- L'arrêté précise la gravité du trouble à l'ordre public

- Ils énoncent avec précision les **circonstances** qui ont rendu l'admission en soins **nécessaire**

Admission en cas de danger imminent (arrêté municipal)

- Mesures **provisoires** nécessaires : L 3213-2 CSP
 - **Avis** médical (la notoriété publique inconstitutionnelle)
 - En cas de danger imminent pour la **sûreté des personnes**
 - Personnes dont le **comportement révèle** des troubles mentaux manifestes (motivation du maire)
 - Transmission au représentant de l'état dans les 24 heures afin que le préfet puisse sans délai prononcé l'arrêté d'admission.
- Mesures provisoires **caduques** si aucun arrêté d'admission du représentant de l'État dans les 48 heures

Pour articuler éthique et droit....

- Le Conseil constitutionnel souligne que « l'obligation de soins a été conçue non pour briser par la force l'éventuel refus du malade de se soumettre à un protocole de soins mais pour passer outre son incapacité à y consentir »
- **Ethique: la finalité de l'action médicale est la personne elle-même et non sa seule santé.**
- **Juridique: « les lois les plus durables sont celles qui, disant l'essentiel, laissent à la vie du droit le soin de régler les détails »**
– René Savatier, 1964

Conclusion

Si le psychiatre est un médecin, il est avant tout un homme et pour reprendre la pensée de Voltaire « *chaque homme a essentiellement sa dose d'imperfection et de démence* »

Voltaire

Il en résulte que l'alliance thérapeutique ne se décrète pas, différant en cela d'un programme de soins. Les PDS devraient plutôt s'appeler « programmes de sollicitation poussée de la capacité à consentir.... »