

## AVIS de l'Espace Ethique en Santé Mentale n°10

Séance de  
l'Espace Ethique  
en Santé Mentale  
du 22 mars 2024

EPSM  
Lille Métropole  
(Armentières)

### La situation analysée

Martine a 62 ans. Pour famille, elle a une nièce et une sœur qui ne viennent pas lui rendre visite, et ne prennent pas de ses nouvelles auprès des soignants de psychiatrie adultes. Elle est connue de longue date en psychiatrie adultes pour troubles bipolaires, et une demande de réintégration en soins sous contrainte lui est signifiée en septembre 2022.

Martine a des troubles paranoïaques, se sentant régulièrement persécutée, notamment par ses voisins contre qui il lui est arrivé d'avoir des accès de violence. Elle avait donc été hospitalisée sous contrainte sur demande du représentant de l'Etat (SDRE), entre autres, il y a cinq ans. Elle vit périodiquement des crises de délire.

Un programme de soins sous contrainte à domicile a été prévu dès 2013. Elle ne suit pas son traitement médicamenteux et n'honore pas les rendez-vous. En 2014, elle est à nouveau mise en soins sous contrainte, mais la contrainte n'est plus levée. Le programme de soin n'est pas suivi avec régularité. Suite à la demande de réintégration de septembre 2022, Martine est effectivement réintégrée en soins sous contrainte en psychiatrie adultes en août 2023. Elle est en forte décompensation au moment de sa réintégration.

Lors de cette nouvelle hospitalisation, elle n'est pas examinée par un médecin généraliste pendant deux mois et demi, car elle s'oppose systématiquement à tout examen. Elle refuse les prises de sang, les régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs) et tout soin, quel qu'il soit.

Elle finit par accepter les thymorégulateurs, et une prise de sang après deux mois et demi d'hospitalisation, laquelle révèle un diabète de type 2. Est également découvert un mal perforant à un pied. Martine ne sent pas la douleur, et ce mal ne dégénère pas en gangrène pour le moment.

Martine accepte une visite chez « le médecin pour les pieds diabétiques » (les soignants lui ont présenté ainsi cette consultation). Elle a accepté la consultation. Le diabétologue lui a expliqué sa spécialité, et a mené la consultation du pied en faisant aussi un bilan diabétologique, en l'expliquant à la patiente. Malgré la confirmation du diabète et l'explication à la patiente de la gravité des symptômes actuels et prévisibles, Martine persiste à refuser tout soin somatique.

Les soignants de l'équipe d'hospitalisation en psychiatrie adultes, et notamment le médecin généraliste de l'équipe, se sentent en difficulté, et craignent d'être accusés de défaut de soin par la famille si Martine avait un accident de santé pendant son hospitalisation. Que peuvent faire et doivent faire les soignants et les médecins face au refus de soin de Martine concernant le diabète ?

<p><b>Informations complémentaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Même si la patiente gère son argent et mène sans danger sa vie quotidienne, une demande de mesure de protection a été faite auprès du Juge des Tutelles pour la patiente, lors de son entrée en hospitalisation en 2023.</li> <li>✓ La patiente sait interpeler la psychiatrie quand elle ne va pas bien, et que son état mental la met en danger.</li> <li>✓ Un contact avec le médecin généraliste (de ville) de la patiente a été pris : le diabète lui a été annoncé et expliqué cinq ans auparavant, mais Martine a refusé le diagnostic et les traitements antidiabétiques prescrits par son médecin.</li> <li>✓ La patiente justifie ses refus de soins et de traitements en affirmant que la lune, le soleil et la nature la guériront.</li> <li>✓ Une fois le diabète décelé, le diabétologue et le médecin généraliste de psychiatrie ont donné à la patiente les informations nécessaires sur la maladie, ses conséquences et les traitements possibles, mais il n’y a pas d’assurance que Martine ait bien compris tous les enjeux de sa pathologie.</li> <li>✓ Les médecins prennent garde de ne pas paraître trop insistants avec Martine, car elle se braque très vite ; ils préservent ainsi une alliance thérapeutique en cours de construction et très fragile.</li> <li>✓ Martine dit que sa voisine est sa personne de confiance. Le médecin généraliste suppose que la patiente ne connaît pas la définition juridique de la personne de confiance, mais signifie seulement qu’elle a confiance en sa voisine.</li> <li>✓ Le médecin généraliste explique à Martine qu’elle ne peut pas donner d’information sur sa santé à sa voisine, et que si elle avait une personne de confiance, cela pourrait plutôt être sa nièce. La patiente dit qu’elle n’autorise pas à donner d’information sur sa santé à sa nièce ni à sa voisine.</li> </ul>
<p><b>Quels sont les acteurs de la situation ?</b></p>	<p><u>Quels sont les <b>acteurs</b> directement concernés par la situation ?</u></p> <p>La patiente (Martine)  Les soignants de psychiatrie adultes (PA)  Les médecins : psychiatre + médecin généraliste de psychiatrie  Le juriste de l’EPSM / la Direction.</p>
<p><b>Quels sont les enjeux de la situation ?</b></p>	<p><u>Quels sont les enjeux perçus par les acteurs de la situation ? Que peuvent-ils ressentir ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La patiente</b> : la patiente ne veut pas qu’on l’importune avec des traitements psychiatriques et somatiques, qu’elle refuse systématiquement ; elle souhaite qu’on la laisse tranquille ; elle ressent souvent de la persécution, liée à ses troubles paranoïaques.</li> <li>• <b>Les soignants PA</b> : ils ont l’impression de ne pas soigner la patiente au mieux, et ont un sentiment d’impuissance et d’échec ; ils craignent le contentieux.</li> <li>• <b>Les médecins</b> : leurs enjeux sont de soigner au mieux la patiente – le psychiatre sur le volet psychiatrique, et le généraliste sur le volet somatique – tout en suscitant les capacités de discernement et de décision de la patiente, entamées par sa pathologie psychiatrique ; ils peuvent ressentir de l’impuissance comme leurs collègues soignants.</li> <li>• <b>Le juriste / la direction de l’EPSM</b> : leurs enjeux sont que les droits de la patiente soient respectés, et le soutien de l’équipe face à la crainte d’un contentieux judiciaire ; si un contentieux se profilait, ils auraient besoin d’être prévenus dans les meilleurs délais.</li> </ul>

<p>Quelle est la problématique éthique ?</p>	<p><u>Pourquoi la décision est-elle difficile à prendre pour l'équipe soignante ? Quelles sont les valeurs ou/et les règles en tension ?</u></p> <p>Il y a dans cette situation un conflit entre le principe d'autonomie et le principe de bienfaisance, lequel est à mettre en balance avec le principe de non-malfaisance.</p> <p><b>Le principe d'autonomie</b> requiert des médecins et des soignants de donner à la patiente les conditions nécessaires à sa prise de décision concernant sa santé. Il s'agit pour eux qu'elle puisse poser un consentement ou un refus au soin qui soit libre (indemne de toute contrainte ou influence déterminante d'un tiers) et éclairé (ayant donné lieu à une information accessible et loyale concernant la pathologie, ses conséquences et les alternatives thérapeutiques possibles).</p> <p><b>Le principe de bienfaisance</b> requiert des médecins et soignants qu'ils fassent ce qui est bénéfique pour la patiente, en se posant la question de son bien immédiat et son bien futur sur la durée. Quand la bienfaisance amène à prendre une décision et à l'appliquer contre l'avis du patient, on parle de « paternalisme ». Quand la personne est jugée inapte à un discernement menant à un consentement libre et éclairé, on jugera éthiquement viable (sans être bonne) une telle manière de faire.</p> <p>Dans la situation, il apparaît que la patiente a des capacités de discernement et de décision qui sont certes entamés mais pas abolis. Une décision paternaliste qui imposerait les traitements psychiatriques et les traitements somatiques apparaît spontanément injustifiable au regard des capacités résiduelles de discernement et de décision de Martine. En outre, les soins somatiques sous contrainte ne sont pas permis par le droit français (voir cadre normatif de cet avis, pp. 4-5).</p> <p>Le principe de bienfaisance est à mettre en balance avec <b>le principe de non-malfaisance</b> (qui est résumable par la formule latine <i>primum non nocere</i> : « D'abord, ne pas nuire. »). Ce principe est un principe barrière qui requiert des soignants un surcroît de vigilance et de réflexion sur les maux que l'on risque de causer au patient. Est-ce que le jeu en vaut la chandelle ? Est-ce que les bénéfices que nous escomptons pour le patient seront durablement supérieurs aux maux que l'acte médical prévu lui procurera ? Telles sont les questions que pose le principe de non-malfaisance.</p> <p>Dans la situation, il apparaît aux membres de l'EESM qu'imposer des soins somatiques à la patiente, outre que ce serait illégal, serait tout à fait malfaisant car niant les capacités résiduelles de discernement et de décision de Martine, soit ce qui lui reste d'autonomie au moment où se passe cette situation.</p>
<p>Quelles sont les ressources de l'équipe soignante ?</p>	<p><u>Quelles sont les principales compétences requises pour bien gérer cette situation ? Quels outils utiliser ? Quels partenaires solliciter ? Quelles autorités avertir (en interne et en externe) ?</u></p> <p>L'équipe de psychiatrie adulte peut mobiliser pour s'étayer dans la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'avis du diabétologue du centre hospitalier somatique le plus proche,</li> <li>- L'avis du médecin expert du tribunal qui décidera de placer Martine ou pas sous protection de la justice,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solliciter un comité de retour d'expériences (CR) avec la présence d'un juriste de l'EPSM.</li> </ul>
<p>Quelles sont les ressources des autres acteurs ?</p>	<p><u>Quels sont les « leviers » à la disposition de chacun des acteurs pour faire valoir son point de vue (moyens d'action), ses attentes et/ou ses droits ?</u></p> <p>Martine n'a pas d'autres moyens d'action que ses capacités de résistance pour refuser les soins.</p>
<p>Quel est le cadre normatif (cadre juridique, déontologique, éventuellement moral) ?</p>	<p><b>Art. 3 de la Charte de la personne hospitalisée :</b> « <i>Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposées ainsi que sur leurs alternatives éventuelles.</i> »</p> <p><b>Art. 4 de la Charte de la personne hospitalisée :</b> « <i>Toute personne hospitalisée apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser tout acte diagnostic ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment.</i> Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. » (voir le texte plus développé de l'art. 4, ainsi que l'art. 3 sur le devoir d'information accessible et loyale, en <b>Annexe 1</b>).</p> <p><b>Article 4127-4 du Code de la Santé Publique (CSP) :</b> « <i>Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.</i> »</p> <p>[En droit français, le <b>secret médical</b> est considéré comme la propriété du patient lui-même, qui décide de divulguer ou pas son secret à telle ou telle personne précise. Si le médecin estime nécessaire de divulguer le secret pour la bonne organisation des soins médicaux et paramédicaux, il doit recueillir l'autorisation écrite du patient de divulguer le secret à des personnes précises. Sans cette autorisation, il est tenu de garder le secret sous peine de poursuites judiciaires et devant l'Ordre des Médecins.]</p> <p><b>Art. R. 4127-36 du CSP :</b> « <i>Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état de s'exprimer, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.</i> Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. »</p> <p>[<b>La personne de confiance</b> doit être désignée par le patient, et celle-ci doit signer un document fourni par l'hôpital, par lequel elle accepte sa mission : s'exprimer sur ce que voudrait son proche pour ses soins médicaux s'il pouvait encore s'exprimer. En droit, la personne de confiance n'est sollicitable et sollicitée que quand le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.]</p>

**Art. L3213-1 du CSP :** « Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. »

[En droit français, seuls les soins psychiatriques peuvent être contraints. **Aucun médecin ni aucun soignant n'a le droit de contraindre un patient à des soins médicaux et paramédicaux somatiques.** Les médecins n'ont le devoir de prodiguer des soins somatiques non consentis qu'en cas d'urgence vitale.]

Quelles sont les vertus à mettre en place dans la décision et l'accompagnement de la / des personnes : respect, responsabilité, courage, justice, pondération ?

**Quel est le cadre éthique ?**

**Respect :** Les médecins et soignants ont le devoir d'informer la patiente en se mettant à sa portée, et en y revenant au besoin, tout en respectant ses choix pour sa propre santé, sans chercher à la manipuler ou à la forcer à se soigner.

**Responsabilité :** il est de la responsabilité des soignants de lui donner toutes les informations, en cherchant à la convaincre loyalement de prendre les traitements, psychiatriques et antidiabétiques ; est loyale une information qui donne le pour et le contre des différentes options thérapeutiques possibles.

**Pondération :** les soignants doivent être pondérés dans leur manière de dialoguer avec la patiente, dans l'objectif d'une information loyale (voir ci-dessus) et éventuellement réitérée dans le temps, quand la confiance est mieux installée entre la patiente et les soignants, en particulier les médecins.

**Justice :** il s'agit ici de ne pas commettre un abus de pouvoir en manipulant ou forçant la personne « pour son bien » ; un tel abus de pouvoir serait une injustice commise à l'endroit de la patiente.

## Analyse des décisions possibles

	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<p><b>D. 1</b> Les médecins prescrivent une contention pour l'examen sanguin et le traitement du diabète de la patiente, et la contiennent à chaque fois qu'elle refuse le traitement antidiabétique pour le lui administrer.</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;"><b>Du point de vue des soignants, cette décision est</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Inacceptable</b></p> <p>car elle est illégale et court-termiste : il ne sera pas possible de lui administrer les traitements ainsi indéfiniment ; la patiente se soignera comme elle l'entend dès que cette décision aura pris fin ; elle est fondamentalement maltraitante (maltraitance médicale et médicamenteuse).</p>	<p><b>La patiente</b> : tant que cette décision est appliquée, les conséquences du diabète (risques de gangrène, cécité, problèmes de cicatrisation, de reins etc...) sont contenues.</p> <p><b>Les soignants PA</b> : ils peuvent avoir l'impression de faire ce qui est bon pour la patiente en contenant les conséquences du diabète.</p> <p><b>Les médecins</b> : la glycémie de Martine est correcte ; ils peuvent avoir l'impression de se prémunir contre un contentieux judiciaire, en faisant tout ce qui favorise la bonne santé de la patiente.</p> <p><b>Le juriste / la direction</b> : aucun avantage.</p>	<p><b>La patiente</b> : elle se sent maltraitée par les soignants et les médecins.</p> <p><b>Les soignants PA</b> : ils perdent la confiance de la patiente, probablement de façon définitive ; ils sont dans un rapport de force quotidien avec la patiente, ils s'épuisent ; il risque d'y avoir un clivage dans l'équipe.</p> <p><b>Les médecins</b> : ils perdent l'alliance thérapeutique avec la patiente, et sont avec elle dans un rapport de force permanent ; ils ont le sentiment de mal faire les soins, de contrevenir à leur déontologie professionnelle et aux droits de la patiente.</p> <p><b>Le juriste / la direction</b> : Ils courent le risque d'avoir une inspection du Juge des Libertés et de la Détention concernant Martine ; ils s'exposent à un dépôt de plainte de la patiente pour « mauvais traitements » et maltraitance médicale et médicamenteuse ; ils courent le risque d'arrêts de travail de soignants qui se sentent maltraitants avec la patiente.</p>
<p><b>D.2</b> Les médecins font contenir la patiente pour la prise de sang, et les soignants font du chantage à la prise du traitement : « si vous ne prenez pas votre traitement, nous ne vous donnerons pas de goûter ».</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;"><b>La décision est, du point de vue du soignant :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Inacceptable</b></p>	<p><b>La patiente</b> : si elle accepte le « deal », elle a son traitement et son goûter.</p> <p><b>Les soignants PA</b> : ils sont satisfaits que le traitement soit pris, et peuvent se sentir déresponsabilisés en cas d'arrêt de traitement après la sortie d'hospitalisation.</p> <p><b>Les médecins</b> : le traitement est administré si la patiente accepte le « deal » ; ils évitent la contention ; ils retardent le moment d'obtenir</p>	<p><b>La patiente</b> : elle est infantilisée ; il y a absence d'adhésion authentique au traitement ; il n'y a pas vraiment de prise de conscience de la maladie ; après la sortie d'hospitalisation, la probabilité est forte que la patiente arrête son traitement.</p> <p><b>Les soignants PA</b> : ils infantilisent la patiente et nient sa volonté et sa dignité de femme adulte et considérée responsable de sa santé et de ses choix.</p> <p><b>Les médecins</b> : ils participent à l'infantilisation de la personne, au</p>

<p>car c'est une manipulation de la patiente, considérée par la loi comme autonome (car elle n'est pas sous protection pour l'instant), et par conséquent une décision illégale.</p>	<p>un réel consentement, ou au minimum une adhésion.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> ils évitent l'inspection du Juge des Libertés et de la Détention.</p>	<p>mépris de la loi, du principe éthique d'autonomie et de la déontologie médicale.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> ils peuvent avoir une plainte de la patiente à gérer, et des arrêts de travail de soignants qui se sentent maltraitants en se rendant complice d'une manipulation de la patiente.</p>
<p><b>D. 3</b> Après l'examen sanguin, sous contrainte, les soignants cachent les médicaments dans l'alimentation.</p> <hr/> <p><b>A la place des soignants, cette décision est</b></p> <p><b>Inacceptable</b></p> <p>pour les mêmes raisons que la décision 2 : une telle manière de faire est contraire au droit, à la déontologie médicale et à l'éthique.</p>	<p><b>La patiente :</b> si elle ne repère pas cet expédient, elle est soignée contre le diabète et prémunie contre ses conséquences.</p> <p><b>Les soignants PA :</b> mêmes avantages que la décision 2.</p> <p><b>Les médecins :</b> si la patiente ne repère pas l'expédient, mêmes avantages que la décision 2.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> même avantage que la décision 2.</p>	<p><b>La patiente :</b> elle peut se sentir infantilisée si elle découvre l'expédient et refuser à l'avenir tout traitement contre le diabète.</p> <p><b>Les soignants PA :</b> mêmes inconvénients que la décision 2.</p> <p><b>Les médecins :</b> mêmes inconvénients que la décision 2.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> mêmes inconvénients que la décision 2.</p>
<p><b>D. 4</b> Les médecins ne lui parlent plus de son diabète tant que l'état clinique de la patiente et de son pied reste stable, tout en opérant une surveillance. En cas d'aggravation, ils tentent de la convaincre de faire une prise de sang et de prendre un traitement antidiabétique.</p> <hr/> <p><b>A la place des soignants, cette décision est</b></p>	<p><b>La patiente :</b> elle est tranquille tant que la douleur et la pathologie ne croissent pas.</p> <p><b>Les soignants PA :</b> ils respectent la volonté de la personne sans l'abandonner, conformément à la déontologie du soin.</p> <p><b>Les médecins :</b> l'alliance thérapeutique est apaisée ; la patiente prend moins de temps, et ils peuvent avoir plus de temps pour les autres patients.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> conformément à l'art. 4 de la Charte de la personne hospitalisée (et donc au droit), le choix de la patiente est</p>	<p><b>La patiente :</b> elle peut se sentir infantilisée si elle découvre l'expédient, et refuser à l'avenir tout traitement contre le diabète.</p> <p><b>Les soignants PA :</b> il y a une possible dégradation de la patiente à prévoir, une aggravation de son diabète et de sa plaie au pied de la même façon.</p> <p><b>Les médecins :</b> mêmes inconvénients que les soignants PA.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> ils pourraient être interpellés en cas d'aggravation significative de l'état de la patiente ; ils peuvent trouver que l'information due à la patiente est insuffisante.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Acceptable</b></p> <p>et pas souhaitable car les soignants et les médecins semblent présupposer que le refus de soin de la patiente est libre et éclairé.</p> <p>Or, eu égard à sa pathologie psychiatrique, il ne l'est pas. Et donc on n'est pas dans un abandon, mais on peut voir dans cette décision une forme de négligence active à l'endroit de la patiente.</p>	<p>respecté, tout en maintenant le devoir d'information (art. 3 de la Charte).</p>	
<p><b>D. 5</b> Les deux médecins expliquent la dangerosité du diabète et les complications (gangrène, choc septique, ostéite), en essayant de lui faire accepter un traitement antidiabétique régulier, et y reviennent régulièrement avec tact jusqu'à l'adhésion de la patiente.</p> <p>-----</p> <p><b>A la place des soignants, cette décision est</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Souhaitable</b></p> <p>car elle est respectueuse de la patiente, tout en satisfaisant à l'obligation juridique et déontologique d'information de la patiente.</p>	<p><b>La patiente :</b> elle peut y voir un respect de ses droits, de son intégrité et de son libre arbitre.</p> <p><b>Les soignants PA :</b> la décision est particulièrement satisfaisante si la patiente finit par accepter le traitement.</p> <p><b>Les médecins :</b> ils satisfont à leur obligation de moyen et à leur devoir d'information de la patiente.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> l'hôpital est dans les règles, notamment concernant le devoir d'information.</p>	<p><b>La patiente :</b> elle peut se sentir persécutée par les soignants.</p> <p><b>Les soignants PA :</b> ça prend du temps et c'est fatiguant.</p> <p><b>Les médecins :</b> idem.</p> <p><b>Le juriste / la direction :</b> ils peuvent être en vigilance quant à la fatigue professionnelle des soignants et des médecins.</p>

Le filtre décisionnel POUR LA DECISION CHOISIE : D. 5	Oui / non
1. <u>La décision est-elle légale ?</u>	OUI
2. <u>L'équipe/le professionnel qui prend la décision fait-elle/il preuve de justice envers le patient, et de courage ?</u>	OUI
3. <u>Est-elle respectueuse du patient ? (Suscite-t-elle son autonomie décisionnelle ?)</u>	OUI
4. <u>Est-elle respectueuse des autres acteurs de la situation ? (Rencontre-t-elle leur intérêt ?)</u>	OUI
5. <u>Est-elle conforme à la mission du service concerné, et à la mission de service public de l'hôpital ?</u>	OUI
6. <u>Serais-je capable d'argumenter sereinement cette décision devant un supérieur hiérarchique ?</u>	OUI
7. <u>Les règles qui justifient ma décision sont-elles généralisables au fonctionnement de tous les EPSM (en général) ? -&gt; Respecter au maximum la volonté des patients, en prenant en compte les difficultés d'être autonome liées à la pathologie psychiatrique.</u>	OUI
8. <u>Si le patient était un de mes proches, approuverais-je cette décision ?</u>	OUI
9. <u>Puis-je en être satisfait(e) en tant que professionnel(le) ?</u>	OUI
10. <u>Pouvons-nous anticiper des conséquences positives pour le patient à court, moyen ou long terme ?</u>	OUI

L'EESM juge que les trois premières décisions sont inacceptables car elles réifient (D. 1) ou infantilisent (D. 2 et D. 3) la patiente. La réification (prendre la patiente pour un objet de soin, et non pour un sujet de ses soins) de même que l'infantilisation de la patiente sont indéfendables éthiquement. Martine a le droit de refuser les examens et les traitements, d'autant qu'elle n'est pas sous protection juridique pour l'instant.

La décision 4 est apparue acceptable mais insuffisante du point du vue de la déontologie médicale (devoir d'information à la patiente). Au regard de l'impératif déontologique d'information concernant la pathologie, ses conséquences, et les conséquences d'un refus de soins, **la décision 5 est apparue souhaitable aux membres de l'EESM.**

## Bibliographie commentée... pour aller plus loin

- Camus Vincent & ali., « Ethique et démences », in Richa Sami, 2019 [Article intéressant et dense de psychiatres sur l'autonomie résiduelle des patients âgés atteints de troubles neurocognitifs.]
- Caron-Dégli Anne, « Protéger pour construire les capacités des personnes malades », in Gzil Fabrice & Hirsch Emmanuel, 2012 [Article très claire d'une juriste sur la protection juridique des majeurs malades, concernant la loi du 5 mars 2007 réformant la protection des majeurs.]
- Cléro Jean-Pierre, *Qu'est-ce que l'éthique médicale ?* chap. 2 : « Ethique de la prise de risque en psychiatrie », Sesto San Giovanni, 2020 [Chapitre intéressant et dense d'un philosophe utilitariste critiquant l'idée d'autonomie du patient en psychiatrie, et travaillant la notion de prise de risque.]
- Conférence Nationale de Santé, *Résoudre les refus de soin*, septembre 2010 (disponible sur internet).
- De Broca Alain, *Le soin est une éthique. Les enjeux du consentement ou du refus de soins et de l'obstination déraisonnable*, Paris, Seli Arslan, 2014.
- Descarpentries Francis, *Le consentement aux soins en psychiatrie*, Paris, L'Harmattan, 2007 [Même s'il est antérieur à la loi du 5 juillet 2011 sur les soins en psychiatrie, livre intéressant d'un psychiatre sur le consentement et les soins sans consentement en psychiatrie.]
- Dupuis Michel, *Le soin, une philosophie. Choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque*, Paris, Seli Arslan, 2013 [Livre de synthèse très clair sur l'éthique médicale].
- Gzil Fabrice & Hirsch Emmanuel, *Alzheimer, éthique et société*, Toulouse, Erès, 2012.
- Hirsch Emmanuel, *Traité de bioéthique III. Handicaps, vulnérabilité, situations extrêmes*, Toulouse, Erès, 2014.
- Le Coz Pierre, *L'éthique médicale. Approches philosophiques*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires de Provence, 2018.
- Merkling Jacky, *Le soin en santé mentale. Fondements d'une attitude soignante et situations cliniques*, Paris, Seli Arslan, 2014 [Livre intéressant d'un cadre supérieur de santé et formateur en institut de formation des cadres sur le bon soin en santé mentale.]
- Moisdon-Chataigner Sylvie, « Les apports de la réflexion éthique pour les décisions personnelles du majeur protégé », in Gzil Fabrice & Hirsch Emmanuel, 2012 [Article très clair d'une juriste sur la protection des majeurs, sur les décisions qu'ils ont à prendre eux-mêmes avec l'assistance de leur mandataire à la protection des majeurs (MJPM)].
- Mol Annemarie, *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des Mines, 2009 [Réflexions éthiques et philosophiques d'une éthicienne en stage plusieurs mois dans un service de diabétologie ambulatoire aux Pays-Bas].
- Richa Sami (dir.), *Manuel d'éthique en psychiatrie*, Tours, Presses Universitaires François-Rabelais, 2019.
- Rouillard Sophie, « Soigner en psychiatrie. Conjuguer, au quotidien, vulnérabilité et autonomie », in Hirsch Emmanuel, 2014 [Article intéressant d'une cadre supérieure de santé en psychiatrie sur le bon soin en psychiatrie.]

**ANNEXE 1 :**  
**Charte de la personne hospitalisée**  
(extraits)

**Article 3 :**  
**L'information donnée au patient doit être accessible et loyale**

Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposées ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique.(...)

Afin que la personne malade puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui la concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à son information et son éducation, chacun dans son domaine de compétences. (...)

**Article 4 :**  
**Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient**

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son consentement préalable. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé.

Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. (...)

Toute personne hospitalisée apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser tout acte diagnostic ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment. Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. (...)

Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'une personne mineure ou majeure sous tutelle risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins qui s'imposent.