

AVIS de l'Espace Ethique en Santé Mentale n°9

<p>Séance de l'Espace Ethique en Santé Mentale du 24/11/2023</p> <p>EPSM des Flandres (Bailleul)</p>	<p><u>La situation analysée</u></p> <p>Eléonore, 49 ans, est suivie de longue date en Centre Médico-Psychologique (CMP) pour des troubles schizo-affectifs. Elle a un conjoint et deux enfants jeunes majeurs.</p> <p>Elle est hospitalisée en novembre 2022 pour une recrudescence hallucinatoire. Elle l'est d'abord en soins libres, puis en soins sous contrainte sur demande d'un tiers (SCSDT) suite à des troubles du comportement. Elle présente des vomissements et une gastrite. Des explorations fonctionnelles sont réalisées (échographie digestive, IRM...).</p> <p>En service de psychiatrie, une perfusion est mise en place, et une réflexion a lieu concernant la pose d'une sonde nasogastrique en vue d'une nutrition entérale : elle n'a pas été réalisée du fait de la gastrite et des troubles de la déglutition de la patiente. La patiente a un traitement médicamenteux constitué d'antipsychotiques et de benzodiazépines.</p> <p>Une réflexion mobilise les soignants concernant une nutrition parentérale par poches, consécutive à une gastrostomie. Mais la patiente refuse cette proposition. Elle accepte cependant les perfusions d'hydratation.</p> <p>Que doit faire l'équipe d'hospitalisation en psychiatrie adulte face au refus de la patiente de se nourrir, et d'être nourrie via une nutrition parentérale ?</p>
<p>Informations complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dans son parcours de vie, les enfants de cette patiente ont été placés. Ceci dit, le refus de s'alimenter est sans rapport avec ces placements. ✓ La patiente n'est ni sous tutelle ni sous curatelle. ✓ La patiente a exprimé le souhait de mourir. ✓ La patiente a perdu 25 kilos durant son hospitalisation. ✓ Les troubles schizo-affectifs sont une forme de schizophrénie avec en plus des notes thymiques extrêmement importantes (changements d'humeur). Cette pathologie est difficile à gérer en clinique : il y a beaucoup de rechutes et de rupture des soins. ✓ Les patients atteints de ce type de troubles développent souvent une résistance aux médicaments. ✓ Au sein de l'équipe de psychiatrie adulte, des soignants étaient favorables au respect du refus de soin de la patiente ; d'autres y étaient défavorables et souhaitaient qu'elle soit nourrie contre sa volonté.
<p>Quels sont les acteurs de la situation ?</p>	<p><u>Quels sont les acteurs directement concernés par la situation ?</u></p> <p>La patiente La famille (le conjoint et les enfants) Les soignants pro respect du refus (PRR)</p>

	<p>Les soignants anti respect du refus (ARR) Les cadres de santé (cadre de santé et cadre supérieur de santé) Les médecins (le psychiatre et le généraliste de l'hôpital) La direction de l'EPSM</p>
<p>Quels sont les enjeux de la situation ?</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"> • La patiente : la patiente veut mourir et que son choix soit respecté, même si on peut supposer que son envie de mourir soit « dictée » par ses hallucinations ; elle peut ressentir de la frustration, de la colère et de l'angoisse en lien avec sa pathologie ; elle peut ressentir la faim et la douleur liée à un amaigrissement très important. • La famille : les enfants et le conjoint aspirent à garder leur proche en vie ; face à l'équipe qui souhaite que le souhait de la patiente soit respecté, ils peuvent ressentir de l'incompréhension, de la colère et de la tristesse. • Les soignants PRR : ils aspirent à ce que la patiente soit reconnue dans son souhait de mourir et qu'elle ne soit pas soignée « contre elle » ; ils peuvent ressentir de l'exaspération en cas de non-respect du refus de soin de la patiente. • Les soignants ARR : considérant que la patiente n'est pas complètement maître de sa volonté et de ses souhaits, à cause de sa pathologie psychiatrique, ils aspirent à passer outre la volonté exprimée de la patiente afin que sa vie soit préservée ; ils peuvent ressentir du dépit et du désarroi en cas de respect inconditionnel du refus de soin de la patiente. • Les cadres de santé : ils cherchent à éviter les clivages perturbateurs dans l'équipe, et une surcharge de travail liée à une surveillance et des soins plus importants, et sur une longue durée, à la patiente ; ils peuvent ressentir de l'inquiétude quant à l'état de la patiente et à l'ambiance au sein de l'équipe de psychiatrie adulte. • Les médecins : leurs enjeux sont de soigner au mieux la patiente, tout en évaluant sa capacité à consentir valablement aux soins ; ils sont aussi préoccupés d'évaluer quand il y aura urgence vitale si la patiente persiste à refuser de s'alimenter. Ils peuvent ressentir de la frustration liée à ce qui peut être vécu comme un échec dans les soins psychiatriques et somatiques de cette patiente. • La direction de l'EPSM : elle cherche à éviter le contentieux <i>post-mortem</i> avec la famille, si la patiente venait à décéder ; elle a pour mission de rappeler le cadre légal des soins sans consentement (la contrainte étant pour les soins psychiatriques mais pas somatiques) ; elle a le souci de passer le relais à un hôpital somatique lorsqu'il y aura urgence vitale si cela advient.
<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>

Le principe d'autonomie requiert de donner au patient les conditions nécessaires à sa prise de décision concernant sa santé, afin de 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). Il s'agit donc de voir comment les médecins et soignants peuvent favoriser les conditions d'une décision libre et éclairée de la patiente.

Le principe de bienfaisance requiert des soignants qu'ils fassent ce qui est bénéfique pour le patient, 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.

Dans la situation, nous ne savons pas si le consentement de la patiente est valable ou si elle est sous l'emprise de ses hallucinations. Par conséquent, il est impossible de savoir si la soigner contre son gré serait ou non justifiable éthiquement.

Le principe de bienfaisance est à mettre en balance avec le **principe de non-malfaisance** (qui est résumable par la formule latine *primum non nocere* : « 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.

Pendant la séance de l'EESM, nous n'avions pas de soignants qui connaissaient bien la patiente et son dossier médical. **Il était donc impossible de savoir quel était le degré d'autonomie réelle de la patiente, ni si elle aurait pu tirer bénéfices de soins contre son gré.**

Il est à noter qu'une partie des soignants qui soignaient la patiente pensaient que la soigner contre son gré aurait été de l'obstination déraisonnable, contrevenant au principe de non-malfaisance. Les autres soignants de l'équipe pensaient qu'elle n'était pas en mesure de savoir vraiment ce qui était bon pour elle, et que le devoir de l'équipe était de la soigner et de préserver sa vie, même « contre elle ».

Quelles sont les ressources de l'équipe soignante ?

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) ?

L'équipe de psychiatrie adulte peut mobiliser pour s'étailler dans la situation :

- Un gastro-entérologue,
- Des soignants du CMP qui suit la patiente ordinairement,
- Le conjoint de cette patiente et ses enfants,
- Le service de soin aux troubles du comportement alimentaire du CHU.

<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> Le seul levier de la patiente est sa détermination. La famille ne semble pas avoir de moyen d'action.</p>
<p>Quel est le cadre normatif (cadre juridique, déontologique, éventuellement moral) ?</p>	<p>Art. L.3222-5-1 du Code de la Santé Publique (CSP) : « 1.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical. [Dans cette situation, l'isolement n'aurait été d'aucune utilité ; en outre, dans le droit français, les soins sous contrainte ne sont légaux que pour les soins psychiatriques, en aucun cas pour les soins somatiques.]</p> <p>Art. 4 de la Charte de la personne hospitalisée : « 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. » (voir le texte plus développé de l'art. 4, ainsi que l'art. 3 sur le devoir d'information accessible et loyale, en annexe 1)</p> <p>Art. R. 4127-9 du CSP : « 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. »</p> <p>Art. R. 4127-36 du CSP : « 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. 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>Art. R. 4127-37 du CSP : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager la souffrance du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »</p> <p>L'EESM précise que la patiente n'a pas rédigé de directives anticipées, qui s'imposeraient à l'équipe médicale en vertu de l'art. R. 4127-37-1 du CSP.</p>

Quel est le cadre éthique ?

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

Les soignants doivent **respecter** la patiente et sa volonté, si toutefois elle apparaît apte à exprimer une volonté libre. Ils doivent exercer leur **responsabilité** de sauver la patiente si une urgence vitale se présente. Ils doivent aborder en équipe ce refus de soin avec recul et une grande **pondération**. L'accompagnement de cette patiente qui se dégrade lentement mais semble-t-il inexorablement requiert des soignants un grand **courage**. **La justice** est également requise d'eux en tant qu'ils sont à respecter la loi sur le consentement et le refus des soins, de même que l'exigence légale d'assistance à personne en danger en cas d'urgence vitale.

Analyse des décisions possibles

	Avantages	Inconvénients
<p>D. 1 L'équipe transfère la patiente en MCO pour une prise en charge rapide de sa dénutrition avant l'urgence vitale.</p> <p>MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique (hôpital somatique).</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;">Du point de vue des soignants, cette décision est</p> <p style="text-align: center;">Inacceptable</p> <p>car elle ne respecte en rien le droit au refus de soin de la patiente, qui n'est pas sous protection et est donc totalement juridiquement libre de ses choix.</p>	<p>La patiente : elle échappe à la dénutrition et à la mort qui pourrait en être la conséquence.</p> <p>La famille : elle peut être rassurée que la vie de leur proche soit préservée.</p> <p>Les soignants PRR : ils ne soigneront pas une personne qui se dégrade pendant des semaines et devient d'une maigreur qui peut être pénible à voir.</p> <p>Les soignants ARR : ils considèrent que c'est le rôle des soignants de soigner, surtout si la volonté de la personne est perturbée par une pathologie psychiatrique grave ; ils sont satisfaits de la décision.</p> <p>Les cadres de santé : la patiente qui mobilisait et clivait malgré elle l'équipe ne les mobilisera plus, <i>a fortiori</i> pour un problème somatique en plus des problèmes de santé psychique.</p> <p>Les médecins : ils n'ont pas à évaluer l'urgence vitale liée à la dénutrition persistante de la patiente, ce qui est une tâche ingrate car emprunte d'un haut niveau d'incertitude.</p> <p>La direction de l'EPSM : vu qu'il n'y aura pas de décès de la patiente pour dénutrition dans les murs de l'EPSM, cette décision dégage l'EPSM de toute responsabilité pénale.</p>	<p>La patiente : sa volonté n'est pas respectée, elle devient un objet de soin, alors qu'elle devrait demeurer un sujet de soin maîtresse de sa propre vie.</p> <p>La famille : elle peut craindre les rechutes de la pathologie psychiatrique, qui sera peut-être moins efficacement prise en charge en MCO.</p> <p>Les soignants PRR : ils peuvent être choqués de l'absence de respect de la volonté de la patiente, refusant par principe qu'on la soigne « contre elle ».</p> <p>Les soignants ARR : ils peuvent ressentir un échec de ne pas avoir réussi à « faire manger » la patiente et soigner sa pathologie psychiatrique.</p> <p>Les cadres de santé : ils peuvent être en difficulté avec la partie de l'équipe favorable au respect du refus de soin de la patiente ; l'équipe peut demeurer clivée un certain temps.</p> <p>Les médecins : ils se posent des questions éthiques liées à leur responsabilité d'assistance et de soin ; ils peuvent avoir l'impression de se décharger trop rapidement du problème auprès de collègues de médecine somatique, alors que la patiente a d'abord besoin, à leurs yeux, de soins psychiatriques.</p> <p>La direction de l'EPSM : elle peut trouver que cette manière de faire ne correspond pas – si cette décision est réalisée en première intention – aux valeurs et à l'éthique de l'hôpital public.</p>

<p>D.2 L'équipe assure les soins psychiatriques en essayant de mobiliser le CMP, le conjoint, les enfants de la patiente pour la faire changer d'avis, afin d'obtenir son consentement, en assurant une veille de l'urgence vitale.</p> <p>-----</p> <p>La décision est, du point de vue du soignant :</p> <p style="text-align: center;">Souhaitable</p> <p>jusqu'à ce que l'urgence vitale nécessite un transfert vers un service de MCO ; en effet, elle respecte jusqu'à la dernière limite juridiquement acceptable la volonté de la patiente.</p>	<p>La patiente : l'équipe tient compte de sa volonté.</p> <p>La famille : elle peut apprécier le positionnement respectueux de l'équipe.</p> <p>Les soignants PRR : ils sont satisfaits du respect de la volonté de la patiente.</p> <p>Les soignants ARR : cette décision est meilleure qu'un transfert rapide en MCO à condition de ne pas attendre l'urgence vitale pour envisager un transfert.</p> <p>Les cadres de santé : ils escomptent moins de clivages dans l'équipe, et peuvent voir dans cette décision une forme de compromis.</p> <p>Les médecins : ils répondent à leur devoir de soigner tout patient nécessitant des soins, et à leur obligation de moyens.</p> <p>La direction de l'EPSM : la décision a donné lieu à concertation et correspond aux valeurs et à l'éthique de l'hôpital public.</p>	<p>La patiente : elle peut se sentir harcelée et elle continue à maigrir et à souffrir.</p> <p>La famille : cette décision est anxiogène car emprunte d'incertitude pour elle ; elle peut craindre le décès de leur proche.</p> <p>Les soignants PRR : ils peuvent s'épuiser dans les soins et l'accompagnement de cette patiente.</p> <p>Les soignants ARR : ils peuvent s'épuiser dans les soins et l'accompagnement de cette patiente.</p> <p>Les cadres de santé : ils peuvent trouver que les soins et l'accompagnement de la patiente mobilisent psychiquement et en temps les soignants plus qu'il ne faudrait.</p> <p>Les médecins : ils sont préoccupés par la détermination de l'urgence vitale, qui justifiera le transfert de la patiente en MCO pour traiter sa dénutrition et ses conséquences.</p> <p>La direction de l'EPSM : en cas d'urgence vitale, elle peut être inquiète que cela ait été détectée trop tardivement, et que la patiente décède avant un transfert en MCO (décision 3) ; elle peut être inquiète de la possible recrudescence d'épuisement professionnelle au sein de l'équipe de psychiatrie adulte ; un décès avant ou pendant le transfert pourrait entraîner des poursuites pénales à l'encontre de l'EPSM.</p>
<p>D.3 L'équipe assure à la patiente des soins de confort tant qu'elle refuse l'alimentation, et transfère la patiente en MCO en cas d'urgence vitale.</p> <p>-----</p>	<p>La patiente : elle se sent respectée tant qu'elle n'est pas transférée en MCO.</p> <p>La famille : mêmes avantages que pour la décision 2.</p> <p>Les soignants PRR : ils ne se sentent pas harcelants.</p>	<p>La patiente : elle ne se sent plus respectée quand elle est transférée en MCO.</p> <p>La famille : mêmes inconvénients que pour la décision 2.</p> <p>Les soignants PRR : ils trouvent qu'on manque de respect à la personne en la</p>

<p>A la place des soignants, cette décision est</p> <p>Acceptable</p> <p>dans la mesure où il y a un doute sur les capacités de discernement et de décision de cette patiente, la « sauver contre sa volonté » peut être éthiquement viable, à <u>condition d'organiser la continuité des soins psychiatriques</u> avec le service de MCO.</p>	<p>Les soignants ARR : pas d'avantage tant que la patiente n'est pas transférée en MCO.</p> <p>Les cadres de santé : il n'y a pas d'avantage pour eux.</p> <p>Les médecins : selon leur positionnement éthique, ils peuvent être satisfaits de respecter la volonté et la dignité de la patiente.</p> <p>La direction de l'EPSM : elle peut se satisfaire du respect de la volonté de la patiente et du respect de sa dignité, en fonction de son positionnement éthique.</p>	<p>transférant en MCO en cas d'urgence vitale.</p> <p>Les soignants ARR : ils peuvent souffrir de ce que la patiente se dégrade lentement sans que rien ne soit fait pour limiter la dénutrition, hors les perfusions d'hydratation.</p> <p>Les cadres de santé : l'équipe demeure clivée ; les concertations autour de la patiente, ses soins et sa surveillance sont chronophages ; les risques d'épuisement professionnel sont majorés au sein de l'équipe.</p> <p>Les médecins : ils sont préoccupés par l'évaluation de l'urgence vitale ; selon leur positionnement éthique, ils peuvent avoir l'impression que la dignité de la personne n'est pas respectée (ils peuvent considérer qu'on la laisse se dénourrir et se dégrader sans réagir).</p> <p>La direction de l'EPSM : mêmes inconvénients que pour la décision 2.</p>
--	---	---

Le filtre décisionnel POUR LA DECISION CHOISIE : D.2.	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) ? -> 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/NON
9. <u>Puis-je en être satisfait(e) en tant que professionnel(le) ?</u>	OUI/NON
10. <u>Pouvons-nous anticiper des conséquences positives pour le patient à court, moyen ou long terme ?</u>	OUI

L'EESM juge la décision 2, qui consiste à prodiguer les soins psychiatriques nécessaires et à chercher à redonner le goût de manger et de vivre à la patiente, souhaitable. Vu que la patiente n'est pas sous protection, elle est libre de choisir ou de refuser les soins, au regard de la loi. Il apparaît donc impératif de respecter sa volonté.

Cependant, eu égard à sa pathologie psychiatriques très grave, il y a de sérieux doutes sur ses capacités réelles de discerner et de décider en toute autonomie et en conscience ce qui est bon pour elle. Cet élément permet de justifier, en s'appuyant sur le devoir d'assistance à personne en danger du médecin, de passer à la décision C, acceptable, en cas d'urgence vitale de la patiente. La décision C n'est cependant acceptable que si l'EPSM organise la continuité des soins psychiatriques tant que la patiente est soignée en MCO.

Bibliographie... pour aller plus loin

Camus Vincent & ali., « Ethique et démences », *in* Sami Richa, 2019, p. 201 sqq.

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.

Dupuis Michel, *Le soin, une philosophie. Choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque*, Paris, Seli Arslan, 2013.

Le Coz Pierre, *L'éthique médicale. Approches philosophiques*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires de Provence, 2018.

Richa Sami (dir.), *Manuel d'éthique en psychiatrie*, Tours, Presses Universitaires François-Rabelais, 2019.

Ricot Jacques, *Penser la fin de vie. L'éthique au cœur d'un choix de société*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2017.

ANNEXE 1 :

Charte de la personne hospitalisée

(extraits)

Article 2 :

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins

Les établissements de santé dispensent [aux patients] les actes de prévention, d'investigation de diagnostic ou de soins – curatifs ou palliatifs – que requiert leur état et ne doivent pas – en l'état des connaissances médicales, leur faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. (...)

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constitue une préoccupation constante de tous les intervenants. (...) L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes.

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.