

**CONCOURS OUVERTS LES 10, 11, 12 et 13 JUIN 2025
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

4^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

**(Durée 4 heures – Coefficient 4 si choisie comme majeure /
Coefficient 2 si choisie comme mineure)**

Vendredi 13 juin 2025

DROIT HOSPITALIER

CONCOURS INTERNE et 3^{ème} CONCOURS

Sujet :

A l'aide des documents ci-joints, vous rédigerez une note opérationnelle sur le consentement des personnes malades à l'hôpital à l'attention des membres du Comité stratégique du groupement de Territoire

Vous établirez les fondements et le sens du consentement aux soins tout en rappelant le cadre juridique permettant à celui-ci de s'exercer,

Il est également attendu de votre part des propositions concrètes de mise en œuvre du respect du droit au consentement des patients au sein du groupement de territoire.

Liste des documents :

Document 1 : Jurisprudence de la Cour administrative d'appel de Bordeaux. (6 pages)

Document 2 : Consentement, éthique, soins et santé – revue santé publique – juin 2023 – numéro 464 – extrait (9 pages)

Document 1

Jurisprudence de la Cour administrative d'appel de Bordeaux

Une transfusion sanguine réalisée contre la volonté d'un patient engage la responsabilité de l'hôpital si le patient a réitéré son refus de cette pratique en pleine conscience des conséquences potentielles sur son état de santé.

L'article L. 1111-4 du code de la santé publique dispose que : « *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. / Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. (...) Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. (...) / 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. 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.* »

Pour l'application de ces dispositions, ne commet pas de faute l'hôpital qui transfuse dans l'urgence une patiente qui avait refusé par écrit toute transfusion, alors qu'elle était victime d'une hémorragie en cours d'intervention chirurgicale, qu'elle était hors d'état de réitérer sa volonté et que le pronostic vital était engagé.

En revanche, l'hôpital commet une faute en procédant à une nouvelle transfusion après que la patiente, qui avait repris connaissance et bénéficié d'explications sur la dégradation de son état de santé malgré un traitement alternatif, a réitéré oralement son refus de toute transfusion sanguine. Cette méconnaissance des dispositions précitées engage sa responsabilité et le met dans l'obligation de réparer le préjudice moral et les troubles dans les conditions d'existence causés à la patiente.

Arrêt 20BX03081-20 octobre 2022-2e chambre- Mme A. - C+

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

Mme G== a demandé au tribunal administratif de B== de condamner le centre hospitalier universitaire (CHU) de B== à lui verser une indemnité de 30 000 euros, assortie des intérêts et de leur capitalisation, en réparation du préjudice moral qu'elle estime avoir subi du fait de l'administration de transfusions sanguines entre le 29 février et le 2 mars 2016 et d'un défaut d'information.

Par un jugement n°1902340 du 15 juillet 2020, le tribunal a condamné le CHU de B== à lui verser une somme de 1 000 euros au titre du défaut d'information, avec intérêts au taux légal à compter du 17 janvier 2019 et capitalisation à compter du 17 janvier 2020, et a rejeté le surplus de la demande.

Procédure devant la cour :

Par une requête et un mémoire, enregistrés le 10 septembre 2020 et le 21 avril 2021, Mme G==, représentée par Me K==, demande à la cour :

- 1°) de réformer ce jugement en ce qu'il n'a pas fait droit à l'intégralité de sa demande ;
- 2°) de condamner le CHU de B== à lui verser une indemnité de 30 000 euros, majorée des intérêts à compter du 17 janvier 2019, avec capitalisation des intérêts ;
- 3°) de mettre à la charge du CHU de B== une somme de 3 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

.....

Considérant ce qui suit :

1. Mme G== a été admise le 28 février 2016 dans le service de chirurgie digestive de l'hôpital S==, rattaché au CHU de B==, pour une ablation de la vésicule biliaire. Elle avait informé l'équipe médicale de son refus de recevoir des transfusions sanguines et de sa demande de bénéficier, le cas échéant, de techniques alternatives. Lors de l'intervention réalisée le 29 février, une perforation accidentelle de l'artère iliaque droite a causé une hémorragie qui n'a pas pu être compensée par le mécanisme d'autotransfusion (« cell saver ») mis en place conformément à la volonté de la patiente. Le pronostic vital étant engagé avec une perte de sang évaluée à quatre litres et une majoration du collapsus et de l'hypotension, des transfusions de sept concentrés de globules rouges et de deux unités de plasma frais congelé ont été réalisées. Dans les suites immédiates de l'intervention, deux autres unités de plasma frais congelé ont été administrées dans le service de réanimation. Le 1er mars, la patiente a présenté une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine de 7,3 g/dl à 12 heures 30 et de 5,8 g/dl à 21 heures 30 et a refusé la transfusion de culots globulaires, de sorte qu'elle a seulement reçu 200 mg de fer et 10 000 unités d'érythropoïétine. Le 2 mars, le taux d'hémoglobine a encore baissé, jusqu'à 5 g/dl à 18 heures, et l'anémie s'est compliquée d'une souffrance myocardique et d'une dégradation de la fonction respiratoire avec l'installation d'une hypoxie sévère engageant le pronostic vital à court terme. Malgré le refus réitéré de la patiente, une transfusion sanguine a été réalisée sur la décision collégiale de deux médecins, à l'insu de l'intéressée qui a été endormie et ne l'a appris qu'un an plus tard, lorsque son dossier médical lui a été communiqué à sa demande. Après des complications septiques, l'évolution a été favorable, et Mme G== est sortie de l'hôpital le 17 mars 2016.

2. Sa réclamation préalable ayant été rejetée, Mme G== a saisi le tribunal administratif de B== d'une demande de condamnation du CHU de B== à lui verser une indemnité de 30 000 euros en réparation de son préjudice moral, en invoquant le caractère fautif des transfusions réalisées contre sa volonté, ainsi qu'un manquement au devoir d'information, tant sur le risque d'hémorragie lors de l'intervention que sur l'existence des deuxième et troisième transfusions. Par un jugement du 15 juillet 2020, le tribunal a seulement condamné le CHU de B== à lui verser une somme de 1 000 euros au titre d'un défaut d'information sur le risque hémorragique lié à l'intervention d'ablation de la vésicule biliaire. Mme G== relève appel de ce jugement en tant qu'il n'a pas fait droit à sa demande relative au préjudice moral subi du fait de la réalisation des transfusions qu'elle avait refusées.

Sur la régularité du jugement :

3. Les circonstances dans lesquelles les transfusions ont été réalisées sont exposées avec une précision suffisante au point 3 du jugement, et les premiers juges n'avaient pas à répondre à un

moyen tiré de la méconnaissance du pacte international relatif aux droits civils et politiques qui n'était pas soulevé, Mme G== s'étant bornée à faire valoir que les principes énoncés aux articles 5, 6, 7, 17, 18, 26 et 27 de ce pacte avaient été repris par la loi française. Par suite, Mme G== n'est pas fondée à invoquer une irrégularité du jugement.

Sur la responsabilité :

4. Aux termes de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. (...) ». L'article L. 1110-2 de ce code dispose que : « La personne malade a droit au respect de sa dignité ». Aux termes de l'article L. 1110-5 du même code : « 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. (...) ». 5. L'article L. 1111-4 du code de la santé publique est relatif au droit du patient de consentir, ou pas, à tout traitement, et en fixe les modalités, selon que le patient est ou non en état d'exprimer sa volonté. Dans sa rédaction issue de la loi du 2 février 2016 visée ci-dessus, cet article dispose que : « 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. / Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. / Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. (...) / 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. / 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. / (...) ». 6. En outre, aux termes de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, relatif aux directives anticipées : « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. / A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables (...). / Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. / La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. / (...) ». Aux termes de l'article R. 1111-17 du même code : « Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur, majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance (...) ». En ce qui concerne les deux premières transfusions :

7. Il est constant que les médecins du CHU de B== avaient connaissance du document, intitulé « instructions médicales circonstanciées », par lequel Mme G== demandait, en sa qualité de témoin de Jéhovah, qu'on ne lui administre pas de transfusions de sang total, de globules rouges, de globules blancs, de plaquettes et de plasma, et qu'elle souhaitait bénéficier pleinement des techniques alternatives à la transfusion, dont le « cell saver ». Le dossier médical fait apparaître qu'un collapsus cardio-vasculaire est survenu au début de l'intervention du 29 février 2016 lors de l'insufflation de la coelioscopie, qu'un saignement abdominal, ultérieurement localisé comme provenant de l'artère iliaque droite, a été identifié, que le « cell saver » a été mis en service, et que les transfusions ont été décidées et poursuivies en raison de l'impossibilité de maîtriser chirurgicalement l'hémorragie, alors que le pronostic vital se trouvait immédiatement en jeu. La transfusion complémentaire de deux unités de plasma frais congelé a été réalisée dans la continuité de l'intervention, à l'arrivée dans le service de réanimation et alors que la patiente était toujours inconsciente, en raison de l'effondrement des facteurs de coagulation consécutif à l'hémorragie. La situation d'urgence vitale, caractérisée par le dossier médical et non sérieusement contestée, ne permettait pas de s'assurer d'une réitération dans un délai raisonnable du refus du traitement et justifiait de s'écarter des directives anticipées. Dans ces circonstances, les transfusions de produits sanguins réalisées le 29 février 2016, alors que la technique alternative du « cell saver » ne suffisait pas à assurer la survie de la patiente, ne peuvent être regardées comme fautives au regard des dispositions des articles L. 1111-4 et L.1111-11 du code de santé publique.

8. Aux termes de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. » Aux termes de l'article 8 de la même convention : « 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée (...) / 2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. » Aux termes de l'article 9 de cette convention : « 1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites. / 2. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. » Aux termes de l'article 5 de la convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, dite convention d'Oviedo : « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. / Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. / La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. » Selon l'article 9 de la même convention : « Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte. »

9. La portée de l'article 9 de la convention d'Oviedo est limitée par l'article 8 de cette convention qui stipule : « Lorsqu'en raison d'une situation d'urgence le consentement approprié ne peut être

obtenu, il pourra être procédé immédiatement à toute intervention médicalement indispensable pour le bénéfice de la santé de la personne concernée. » Eu égard aux circonstances exposées au point 7, Mme G== n'est pas fondée à soutenir que les stipulations citées au point précédent auraient été méconnues. Ne peuvent davantage être regardées comme méconnues les stipulations du pacte international relatif aux droits civils et politiques dont elle se prévaut, soit l'article 5 selon lequel il ne peut être admis aucune restriction ou dérogation aux droits fondamentaux de l'homme, l'article 7, lequel est relatif à l'interdiction de soumettre une personne à une expérience médicale sans son libre consentement, sans application en l'espèce en l'absence de toute « expérience médicale », l'article 18 relatif à la liberté de pensée et de religion, l'article 26 affirmant l'égalité devant la loi, et enfin l'article 27 interdisant de priver les minorités religieuses du droit de professer et de pratiquer leur religion, qui doivent être combinées avec le droit à la vie reconnu à l'article 6, que les médecins ont en l'espèce fait prévaloir.

En ce qui concerne la troisième transfusion :

10. Il résulte de l'instruction que postérieurement à l'intervention chirurgicale, les médecins ont insisté à plusieurs reprises pour tenter de convaincre Mme G==, qui était parfaitement consciente, de la nécessité d'une nouvelle transfusion en raison du risque vital qu'elle encourait du fait de l'anémie sévère qu'elle présentait, et que la patiente a réitéré à plusieurs reprises son refus de ce traitement, malgré les explications des médecins et l'échec du traitement alternatif à base de fer et d'érythropoïétine et la dégradation de son état. Au regard de cette réitération telle que prévue par les dispositions précitées de l'article L. 1111-4 du code de santé publique relatives au respect de la volonté du patient, le fait d'avoir réalisé une transfusion contre son gré, de surcroît en procédant préalablement à une sédation pour l'empêcher de s'y opposer, constitue un manquement à ces dispositions. Dans ces circonstances, et sans qu'il soit besoin de rechercher si cette intervention était justifiée par une urgence vitale, cette troisième transfusion est de nature à engager la responsabilité du CHU de B==.

11. Les conditions dans lesquelles la transfusion du 2 mars 2016 a été réalisée ont été à l'origine d'une souffrance morale et de troubles dans les conditions d'existence de Mme G==. Il sera fait une juste appréciation de ce préjudice en lui allouant une somme de 3 000 euros.

12. Il résulte de tout ce qui précède que Mme G== est seulement fondée à demander que la somme que le CHU de B== a été condamné à lui verser soit portée de 1 000 euros à 4 000 euros, avec intérêts au taux légal à compter du 17 janvier 2019 et capitalisation à compter du 17 janvier 2020.

Sur les frais exposés à l'occasion du litige :

13. Il y a lieu dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du CHU de B== une somme de 1 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

DECIDE :

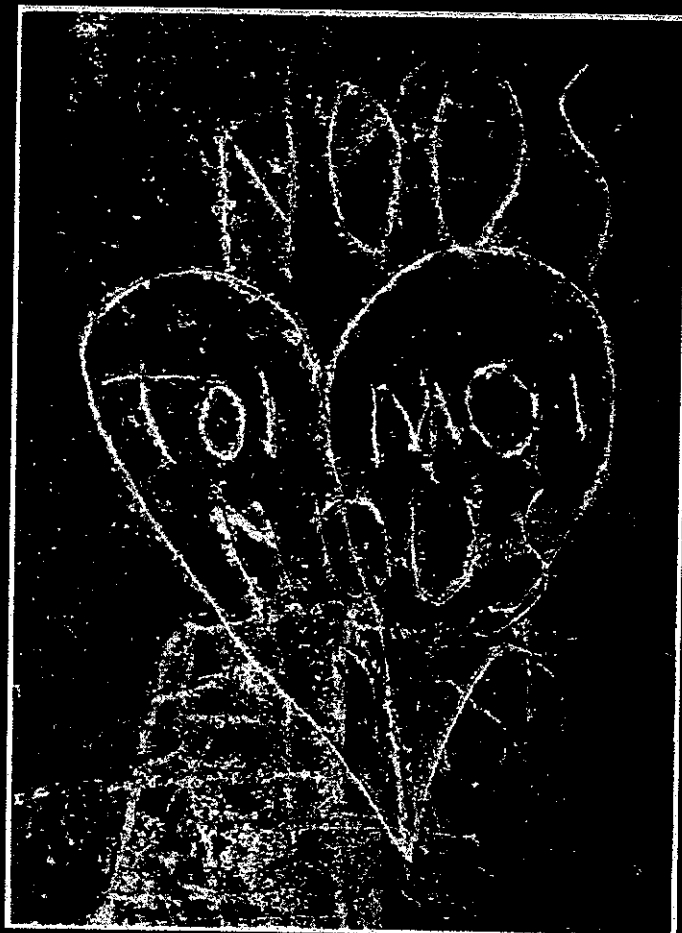
Article 1er : La somme que le CHU de B== a été condamné à verser à Mme G== est portée de 1 000 euros à 4 000 euros, avec intérêts au taux légal à compter du 17 janvier 2019 et capitalisation à compter du 17 janvier 2020.

Article 2 : Le jugement du tribunal administratif de B== n° 1902340 du 15 juillet 2020 est réformé en ce qu'il a de contraire au présent arrêt.

Article 3 : Le CHU de B== versera à Mme G== une somme de 1 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

la **Santé** *en action*

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION



Consentement, éthique, soins et santé

Juin 2023 / Numéro 464



Consentement, éthique et santé

Yaelle Amsellem-Mainguy,

sociologue, chargée de recherche,
Institut national de la jeunesse
et de l'éducation populaire, Paris,

Lisa Carayon,

maîtrise de conférences en droit,
université Sorbonne-Paris Nord, laboratoire
Iris, UMR 8156 CNRS – 723 Inserm,
EHESS – UVEN.

Le terme « consentement » est particulièrement d'actualité en France depuis la vague du mouvement #MeToo à partir de la fin de l'année 2017, vague dans laquelle s'inscrivent les #balanceton... visant à dénoncer les violences sexistes et sexuelles (VSS) dans des contextes spécifiques. Ce mot d'ordre, libérant la parole des victimes d'agressions et de harcèlements sexuels, a rapidement pris une dimension virale sur les réseaux sociaux et a fait trembler les lignes des rapports de genre. À l'époque, il s'agissait essentiellement de rappeler que dans ce domaine, « non, c'est non » ; mais au-delà, ce mouvement a remis en lumière la question des « zones grises », de ces expériences sexuelles qui ne sont pas toujours punissables par la justice, mais qui peuvent, d'une part, s'avérer traumatisantes, d'autre part, poser des problèmes moraux et politiques. Ceci étant posé, la complexité de la notion de consentement s'étend bien au-delà du champ de la sexualité et ce dossier sera également l'occasion de parler de consentement dans la relation de soins et dans plusieurs autres domaines. Il s'agit ici de comprendre combien le consentement participe, de façon générale, au fait « de tisser les relations sociales » [1, p. 6], y compris dans le domaine de la santé.

À y regarder de plus près, le fait que le consentement soit une notion présente dans divers univers – politique, amoureux, sexuel, social, médical, etc. [2 ; 3] – conduit à ce qu'il en existe toute une palette de définitions. Traçons donc rapidement quelques grandes lignes de réflexion qui pourraient traverser les divers domaines abordés.

Consentir : un acte individuel et collectif

La notion de consentement pourrait être définie comme un « acte par lequel quelqu'un donne à une décision, dont un autre a eu l'initiative, l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution » [4]. Cependant, cette première acception demande à être largement précisée.

Tout d'abord, dans cette définition large, l'acte même de consentir peut s'exprimer de multiples façons. Il ne s'agit pas seulement de consentir par oral ou par écrit : on peut exprimer un consentement par le corps, par un simple acquiescement, un sourire, un geste ; mais aussi par un silence ou par une inaction. Dans ce cas, le consentement nécessite une interprétation, nécessairement subjective, avec toutes les difficultés que cela implique.

Par ailleurs, le consentement est le résultat à la fois d'une délibération avec l'autre et d'une décision intérieure. Or, que l'acte de consentir soit le fruit d'une réflexion préalable ou d'un mouvement spontané, il comprend parfois des zones d'ombre, liées à l'intimité du consentement (« suis-je sûr de ce que je souhaite réellement ? ») en rapport à l'acquiescement à une proposition extérieure (« quelle influence a sur moi la proposition de l'autre ? »). Consentir peut aussi, parfois, consister à faire un choix de compromis : accepter quelque chose que l'on souhaite en contrepartie d'un tout qui peut nous convenir ou non, dans le but d'accomplir un objectif personnel. Si consentir suppose souvent une réflexion, c'est parce qu'on est parfois face à un dilemme [3, p. 24]. Le consentement renvoie donc à des tensions entre liberté et contraintes, entre adhérer et supporter. Il ne peut, par conséquent, être détaché des caractéristiques sociales des individus concernés ni des rapports de pouvoir et de hiérarchie qui les lient aux autres.

Puisqu'il s'inscrit dans le cadre d'une relation entre des individus, dans des interactions, le consentement est donc autant individuel qu'il est collectif. Or, dans cet aspect

relationnel se glisse nécessairement une dimension politique, morale et sociale : faire un choix personnel et raisonné est en réalité un acte soumis à un ensemble de normes et au contexte social dans lequel on consent. On peut ainsi s'interroger : « consentir à la domination, est-ce y adhérer ou bien la supporter comme un lot quotidien, plus ou moins fatal et plus ou moins modifiable ? » [2, p. 5]. On comprend ici que la dimension individuelle ne peut suffire pour comprendre et travailler la question du consentement, car celle-ci s'inscrit nécessairement dans des rapports de force et des rapports sociaux qui peuvent s'avérer inégalitaires.

Distinguer le fait de refuser et le fait de ne pas accepter

Si le consentement n'est pas une question strictement individuelle, il n'est pas non plus une notion spécifique à la sexualité, pas davantage qu'il ne concerne que les personnes touchées par des vulnérabilités spécifiques (âge, validité, sexe, état de santé, etc.) [4]. La question de la relation de soins permet d'en saisir toute la complexité.

De l'émergence des mouvements de patient-es atteint-es du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à l'édiction de normes juridiques sur la participation des patient-es à la prise de décision médicale, la question du consentement à la relation de soins n'est pas nouvelle. Cependant, là aussi, les interrogations méritent d'être constamment retravaillées. En effet, comme en matière de sexualité, on pourrait penser un peu rapidement qu'apprendre à « respecter le consentement », en tant que soignante serait simplement respecter le « non » de la personne prise en charge. Or, qu'il s'agisse des consultations gynécologiques ou andrologiques, en institution ou en libéral, que le soin concerne la sphère sexuelle ou celle de la santé mentale, considérer le consentement sous le seul prisme du système « oui/non », c'est tomber dans un piège. En effet, moins que de respecter le « non », la question est davantage



d'accompagner la construction d'un vrai « oui ». Entendre les hésitations de la personne dont on recherche le consentement et les prendre en compte, parvenir à faire évoluer sa proposition en tant que spécialiste, expert-e, professionnel-le exige de chercher en permanence à comprendre ce qui a été compris et accepté par l'autre, de s'arrêter, d'accepter la réponse comme l'absence de réponse.

Des travaux de philosophie, de sociologie, de droit, et d'histoire mettent en évidence, d'une part, que le consentement exige certes d'être exprimé (supposant une logique relationnelle, duelle et communicationnelle), mais aussi d'être reçu. Dans la réalité des relations quotidiennes, il est rare qu'une question soit clairement posée et que le « oui » du consentement soit aussi clair. De la même façon, le non-consentement n'est pas toujours évident. Tous les exemples développés dans ce dossier montrent une réalité bien plus nuancée, tant le consentement est lié aux rapports de pouvoirs ; hiérarchies renforcées dans un contexte médical ou médico-social.

Face à la complexité de la question du consentement, la tentation est parfois, un peu rapidement, de se tourner vers l'arsenal juridique : mieux définir la notion, mieux sanctionner ses transgressions, etc.

Toutefois, les travaux sur ce point montrent qu'existent déjà quantité de normes autour de la question du consentement. Outre la question de leur application effective se pose surtout celle de l'intégration, par les professionnel-le-s, d'une réflexion sur le consentement dans la relation de soins, tout au long de leur activité et, en amont, dans leur formation. Apprendre à intégrer le consentement – et le non-consentement – des personnes à toutes les étapes de la consultation est indispensable, dans un contexte marqué notamment par la position de puissance induite par la blouse blanche et par l'expertise, face à la potentielle vulnérabilité induite par les motifs de consultation. Derrière cette question se cache bien sûr celle, centrale, du temps : pouvoir prendre le temps de la construction du consentement, dès le début et tout au long de la consultation, est aujourd'hui un luxe, alors que cela devrait être la norme. En embuscade surgit alors le problème des moyens, humains et donc financiers, accordés aux soins : comment prendre le temps d'informer, de parler, de différer, de se revoir ? Comment pouvoir offrir des choix de soins, de pratiques, de lieux qui soient de vraies options réalistes ? Finalement, ce dossier dresse le constat que la notion de consentement demande forcément du temps

dont les acteurs du soin ne disposent plus. Il s'agit peut-être pour ces professionnels de dire « non », c'est-à-dire de s'opposer à cette confiscation du temps de la relation, qui marque si durement le champ du soin. Mais à lui seul le soignant ne peut agir : c'est l'ensemble du système de soins qu'il convient d'adapter à cette exigence éthique. ■

L. Pauliqué, 1967, cité par Fraisse 2007, p. 22.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Jaunait A., Metord F. L'enjeu du consentement. *Raisons politiques*, 2012, vol. 2, n° 45 : p. 5-11. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2012-2-page-5.html>
- [2] Perdoncin A. Consentement des femmes et politique. Note sur Du Consentement de Genevieve Fraisse. *Traces*, mai 2008, n° 14. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/304349899_Consentement_des_femmes_et_politique_Note_sur_Du_Consentement_de_Genevieve_Fraisse
- [3] Fraisse G. *De consentement*. Paris : Seuil, 2007 : 160 p.
- [4] Garcia M. *La Conversation des sexes. Philosophie du consentement*. Paris : Flammarion, coll. Climats, 2021 : 300 p.

LES AUTRICES DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DE CET ARTICLE.

Dossier

Consentement, éthique, soins et santé

LA SANTÉ EN ACTION - N°168 - JUN 2023

Comment la philosophie se saisit-elle de la notion de consentement ?

**Entretien avec
Maxence Christelle,**
maître de conférences en droit public,
université Picardie - Jules Verne.

L'ESSENTIEL

■ Dans une société patriarcale fondée sur un système historiquement construit de domination des femmes par les hommes, les femmes peuvent-elles toujours être considérées suffisamment libres pour pouvoir consentir ? C'est l'une des questions qu'examine le juriste Maxence Christelle. Plus largement, il remet en perspective la notion de consentement, fortement déterminée par les normes sociétales.

La Santé en action : Comment la philosophie appréhende-t-elle la notion de consentement ?

Maxence Christelle : Du point de vue individuel, la philosophie s'intéresse à cette notion de multiples façons, et notamment en tant qu'élément du processus par lequel nous décidons et agissons (existe-t-il un consentement en arrière-plan de chacune de nos actions ? Et si oui, quelle est sa fonction ?). Elle envisage également le consentement dans une relation de l'individu à lui-même, ce que Pascal qualifiait de « dialogue avec soi-même », comme lorsque nous nous demandons : « Est-ce vraiment cela que je souhaite ou désire ? ». Enfin, la philosophie interroge la signification et les facultés nécessaires pour pouvoir exprimer un consentement. Sur le plan collectif, là encore, le consentement est pensé de manière variée. Il peut être mobilisé pour fournir une réponse à la question des origines de l'État. Selon les théories dites du contrat social (Hobbes, Locke,

Rousseau par exemple), l'État est le fruit d'un contrat passé entre des individus isolés pour garantir notamment leur sécurité. Dès lors, puisqu'est en cause un « contrat », le concept de consentement est naturellement utilisé. De même, le consentement est aussi un moyen d'interroger les valeurs d'une société : selon les limites qu'elle reconnaît à ce qu'il est possible de faire par l'usage d'un consentement (p. ex. : peut-on consentir à exercer une activité prostitutionnelle ? à refuser des soins médicaux vitaux ?). À cet égard, l'évaluation morale d'un consentement exprimé permet de lier la dimension individuelle et la dimension collective : ce qui a été consenti par la personne est ensuite confronté à la manière dont la société approuve ou désapprouve moralement cet acte.

S. A. : Pourquoi peut-on se sentir lésé lorsqu'on consent ?

M. C. : On peut émettre l'hypothèse que la perception du consentement comme un mouvement négatif trouve son origine dans au moins deux principes. Le premier tient à ce que les premières utilisations du terme dans la philosophie grecque en font un instrument visant à qualifier moralement un comportement, et à en tirer les conséquences juridiques adéquates : gratifications s'il est bon, punitions s'il ne l'est pas. Ensuite, cette négativité trouve une partie de son origine en droit. En effet, de façon générale, le consentement sert juridiquement à céder, même temporairement, certains droits. Ainsi, lorsque je consens à une intervention médicale, je consens à faire cesser la protection dont je bénéficie, à

savoir justement le fait qu'il n'est pas possible de toucher à mon corps sans mon consentement. De même, certaines utilisations célèbres en droit du consentement ont pu montrer qu'il était davantage envisagé comme un risque (rendre n'importe quelle action admissible au seul motif qu'elle serait consentie) que comme un moyen d'émancipation. En réalité, ce n'est qu'une certaine idée du consentement ! En effet, la manière dont les stoïciens ont pu penser ce qui deviendra le consentement, à savoir le concept d'assentiment, est bien un consentement positif. Celui-ci consiste notamment dans le fait d'accepter l'ordre du monde et de la nature et, ainsi, notre place en son sein. Il ne s'agit pas de s'y résigner, mais plutôt d'apprendre à vouloir ce qui est conforme à notre nature, et ce qui ne l'est pas, positivement.

S. A. : Un consentement réfléchi permet-il de mieux comprendre notre pouvoir et ses limites ?

M. C. : Le fait de comprendre le consentement comme pouvant exprimer une forme d'adhésion qui engage l'ensemble de la personne permet de rendre plus perceptibles certains éléments. Tout d'abord, il semble que pendant longtemps, le consentement, particulièrement le consentement juridique, a été envisagé comme l'expression de facultés purement intellectuelles. C'est ainsi qu'un individu atteint d'une altération importante de ses facultés se trouvait dans une situation aboutissant à ce que ses possibilités de consentir juridiquement soient quasiment inexistantes (p. ex. : pendant très longtemps,

la personne placée sous le régime de tutelle était frappée d'une interdiction quasi générale de consentir. À ce titre, elle ne pouvait pas consentir à se marier, ni même refuser de consentir à un mariage organisé par son représentant légal. Pour autant, qu'en est-il de ses émotions, de ce qu'elle éprouve ? Si le consentement est bien un acte qui met en mouvement tant l'esprit que le cœur, alors il reste possible de continuer à reconnaître juridiquement un droit au consentement à celles et ceux dans cette situation. C'est cela qui explique, en partie, le fait qu'il existe désormais des actes pour lesquels seule la personne elle-même peut, en principe, exprimer un consentement. L'exemple du droit de la santé est éclairant sur ce point. Alors que le droit désigne pourtant sous le nom « d'incapables » les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, le principe, en ce qui concerne les soins, est que leur consentement doit systématiquement être recherché si elles sont aptes à exprimer leur volonté. Ensuite, considérer le consentement non comme une résignation, mais comme une acceptation permet de nous faire prendre conscience de notre liberté. Plus précisément, de réaliser que même dans un monde dans lequel nous devons céder devant certaines choses qui s'imposent à nous (le temps, les limites de notre corps, etc.), il subsiste néanmoins un espace pour la liberté. Nous ne sommes pas condamnés à n'être que des particules ballottées par les événements. Toutefois, ce pouvoir d'action qui est le nôtre est, dans le même temps, une responsabilité : celle de parvenir à déterminer ce avec quoi nous sommes au diapason, car, comme nous le suggère l'étymologie latine, consentir, c'est « sentir avec » (*cum-sentire*) !

S. A. : Quels sont les questionnements philosophiques et les débats militants actuels autour de la notion de consentement ?

M. C. : Les réflexions contemporaines sur le consentement semblent se positionner autour de deux axes qui recoupent ce qui a été évoqué plus tôt : individuel et collectif. Individuellement, au travers d'une recherche de ce que signifie consentir, et des conditions de possibilité de cet acte. Sommes-nous

véritablement capables de formuler des consentements libres et éclairés ? Dans quelle mesure sommes-nous conditionnés à subir certaines influences, par exemple des émotions, sur nos processus de décision ? Quelles sont les caractéristiques et les attributs de ce que nous appelons rationalité ? Ce sont des questions qui traversent de nombreux champs disciplinaires, à des degrés divers : la philosophie, le droit, la sociologie, l'économie, la science politique, etc. Sur le plan collectif, la réflexion est particulièrement abondante, notamment en philosophie politique et en droit. On peut évoquer ici le consentement comme outil de revalorisation du citoyen dans les affaires publiques : démocratie participative, recours accru au référendum, procédure de révocation des élus, etc. Plus généralement, il est l'occasion d'une redéfinition des rapports sociaux entre individus, mais aussi par rapport au pouvoir politique. Ce n'est donc pas étonnant de constater que le consentement est extrêmement présent dans les discussions autour de la citoyenneté numérique et des technologies de surveillance (données personnelles, reconnaissance faciale, etc.). Au titre des rapports inter-individuels, la réflexion vise à déterminer à quel point la société dans laquelle nous vivons influence notre liberté de consentir. C'est dans ce sillage que s'inscrit notamment une part significative des études féministes récentes en langue française (Geneviève Fraisse, Marion Garcia, Nicole-Claude Mathieu, Catherine La Magueresse, etc.). Il n'est évidemment pas possible d'en présenter ici la diversité et la richesse, mais l'on peut toutefois évoquer deux points. Le premier concerne spécifiquement les violences sexuelles et sexistes, et ce qu'il est demandé aux femmes de prouver à l'occasion d'un procès pour établir cette réalité. Ainsi, là où le système français demande à la personne qui se présente comme victime de prouver qu'elle n'a pas consenti, d'autres systèmes font peser la charge de cette preuve sur celui désigné comme agresseur. Or le choix d'un modèle plutôt qu'un autre traduit, selon certaines auteures, une idée particulière des rapports entre les hommes et les femmes. D'un point de vue plus général, la pensée féministe s'est également trouvée être la principale

instigatrice d'une réflexion sur la thématique de la liberté et de l'égalité en droit. En effet, dans une société patriarcale fondée sur un système historiquement construit de domination des femmes par les hommes, les femmes peuvent-elles toujours être considérées comme suffisamment libres pour pouvoir consentir ? De plus, le fait que les mêmes règles juridiques s'appliquent aux hommes comme aux femmes n'implique pas nécessairement qu'ils seraient égaux en pratique. C'est en ce sens que les études féministes permettent d'évoquer à nouveau la faculté, inhérente au droit, d'opérer des distinctions (distinguer entre les hommes et les femmes, les êtres humains et les animaux, etc.), et surtout de nous poser une question fondamentale : pour qui les règles juridiques et sociales sont-elles conçues ? Afin de servir quels intérêts ? En somme, elles nous interpellent en nous demandant : cette figure désincarnée de l'homme dans l'expression « droits de l'homme » représente-t-elle bien tout être humain ou seulement un certain groupe (biologique, social, etc.) en particulier ?

S. A. : Y a-t-il des enjeux encore non explorés dans la question du consentement ?

M. C. : Sans pouvoir développer ici, l'on peut simplement souligner que pour le moment, le consentement, dans son appréhension juridique, est particulièrement hétérogène. Pour prendre un exemple, un mineur de 16 ans peut consentir à avoir une relation sexuelle avec un adulte majeur, mais dans le même temps, il ne peut consentir à l'achat ou au visionnage de contenus pornographiques. Ce faisant, c'est bien ce qui fonde le pouvoir de consentir chez un individu qui est en question. À cet égard, il sera probablement nécessaire de préciser davantage ce qui fonde le choix de permettre ou d'interdire de consentir à tel ou tel acte. ■

Propos recueillis
par *Yvélle Amélie-Mainguy*
et *Lisa Carayon*.

Pour en savoir plus

Christelle M. *Le Consentement*. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 2023 : 128 p.

Dossier

Consentement, éthique, soins et santé

LA SANTÉ EN ACTION - N° 404 - JUIN 2023

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DE CET ARTICLE.

La psychiatrie : domaine d'exception au principe de consentement des personnes ?

Delphine Moreau,
sociologue, enseignante-chercheuse
à l'école des hautes études en santé
publique (EHESP), laboratoire Arènes
(UMR 6051).

La loi française du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît explicitement la nécessité du consentement aux soins du patient (un principe déjà reconnu dans des déclarations et des décisions de justice antérieures), ainsi que son droit de refuser des soins. La psychiatrie continue de faire exception puisque des dispositions autorisant des soins sous contrainte pour des troubles psychiques persistent, reconduites par la loi du 5 juillet 2011, selon trois modalités : les soins sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE), sur décision de la direction de l'établissement à la demande d'un tiers (SDT), et, en cas de danger immédiat pour la santé de la personne et en l'absence de tiers demandeur, les soins dits en péril imminent (SPI)¹. Ces soins sont initiés par une hospitalisation de minimum 72 heures, et ils peuvent être poursuivis soit dans le cadre d'une hospitalisation ainsi prolongée, soit par un programme de soins, lequel peut se dérouler en ambulatoire [1].

Soins sans consentement

Le nombre de personnes prises en charge dans le cadre de ces soins contraints tend à augmenter (+ 3 % de personnes hospitalisées sans leur consentement en 2021 par rapport à 2013, en dépit d'une légère inflexion

en 2020 dans le contexte du début de l'épidémie de Covid), notamment en lien avec ces mesures facilitées que sont les soins en péril imminent (SPI) et avec la prolongation des mesures en programme de soins ambulatoires, atteignant 95 500 personnes soignées en soins sans consentement en 2021 [2]. Les hommes représentent 60 % des personnes suivies au moins une fois en soins sans consentement, plus de 80 % des personnes en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), alors qu'ils ne représentent que 46 % des personnes suivies exclusivement en soins libres. Les personnes avec des faibles revenus sont surreprésentées : ainsi « les personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement sont près de deux fois plus fréquemment bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) que les personnes hospitalisées librement à temps plein en psychiatrie [2] ».

L'incapacité à consentir liée aux troubles psychiques reste au cœur de ce régime d'exception au principe du consentement, même si les mesures de soins sous contrainte exigent d'autres conditions, comme le fait que l'état de la personne doit nécessiter des soins immédiats et une surveillance soignante constante ou régulière en milieu hospitalier pour les SDT et les SPI. Les troubles psychiques sont en effet jugés susceptibles d'affecter la capacité de la personne à décider pour elle-même, et plus précisément d'altérer différentes capacités mobilisées dans la décision ou des attentes sociales qui y sont associées : la capacité à appréhender la réalité et notamment son propre état, à apprécier les conséquences

L'ESSENTIEL

La loi reconnaît que le patient ne peut être soigné sans son consentement, et qu'il peut refuser des soins. La psychiatrie fait exception : des soins peuvent être imposés sous contrainte au patient, au motif de son incapacité à consentir, liée aux troubles psychiques. Toutefois depuis 2016, les différentes formes de contrainte et de restriction des libertés en psychiatrie font l'objet d'une vigilance renforcée des formes de contrainte intra-hospitalière que sont l'enfermement dans une chambre (isolement) ou l'usage de sangles (contention). Ce contrôle accru ne semble pas, à lui seul, suffire à diminuer le recours à la contrainte ni à assurer le respect des droits des personnes. La persistance de formes de disqualifications et d'une stigmatisation contribuent à des formes de tolérance envers un traitement différencié des personnes avec un trouble psychique. On constate cependant un nouvel accent mis sur l'importance de tenir compte de ce que les personnes peuvent exprimer pour elles, tant sur le plan du respect de leurs droits fondamentaux, que dans la perspective de trouver un mieux-être et une vie qui a du sens.

de ses actes, à maintenir une décision dans le temps, et à donner une cohérence – du moins identifiable par d'autres – à ses actions.

Une reconnaissance des droits

Pour autant, cette altération n'est pas nécessairement inhérente aux troubles ni permanente dans le temps. Le droit des personnes à pouvoir participer à la définition de leur soin et de leur accompagnement fait l'objet d'une reconnaissance accrue, tant au niveau national qu'au niveau international. La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) [3] de l'Organisation des Nations unies (ONU) – adoptée en 2006, ratifiée par la France en 2010 – exige ainsi la pleine reconnaissance de la capacité juridique des personnes (art. 12) et établit qu'un handicap ne peut justifier une privation de liberté (art. 14). Cette convention ne se réfère pas à une définition administrative du handicap, mais elle s'attache à préciser les droits des personnes concernées par des restrictions de participation sociale à l'interface de leurs caractéristiques personnelles, dont leur état de santé, et de l'environnement social dans lequel elles évoluent. Les différentes formes de contrainte et de restriction des libertés en psychiatrie font de plus l'objet d'une vigilance renforcée avec l'encadrement par la loi, depuis 2016, des formes de contrainte intra-hospitalière que sont l'enfermement dans une chambre (isolement) ou l'usage de sangles (contention), suite à plusieurs décisions du Conseil constitutionnel, et l'instauration d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en 2022, comme cela existe pour les soins sans consentement depuis la loi de 2011. Ce contrôle accru ne semble pas, à lui seul, suffire à diminuer le recours à la contrainte ni à assurer le respect des droits des personnes – comme l'indiquent la persistance de chiffres élevés de recours à ces mesures et les différents rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. La persistance de formes de disqualifications et celle d'une stigmatisation contribuent à des formes de tolérance envers un traitement différencié des personnes avec un trouble psychique. On constate cependant un nouvel accent mis sur l'importance de tenir compte de ce que les personnes peuvent exprimer pour elles, tant sur le plan du respect de leurs

droits fondamentaux, que dans la perspective de trouver un mieux-être et une vie qui a du sens.

Reconnaître les personnes comme sujets de leur vie

Le paradigme du rétablissement, qui se diffuse depuis une dizaine d'années en France, contribue à revivifier l'enjeu de la reconnaissance des personnes comme sujets de leur vie et citoyennes à part entière, de leur légitimité à se déterminer malgré ou avec leurs troubles [4]. Issu de mobilisations de patients et ex-patients de la psychiatrie en Amérique du Nord, ce paradigme s'est ensuite diffusé auprès des professionnels de la santé mentale cherchant à réformer leurs pratiques – même si certains usages peuvent en affaiblir la dimension critique [5]. Cette reconnaissance y apparaît cruciale pour reconstruire de nouveaux équilibres face à la maladie, mais aussi pour désamorcer les effets potentiellement aliénants d'un traitement social différencié et disqualifiant. Cette perspective s'inscrit dans une conception de l'autonomie qui n'est pas auto-détermination d'un individu rationnel isolé des autres, mais qui est rendue possible, pour tout un chacun, par les étayages créés dans des solidarités avec d'autres et qui n'est pas contradictoire avec la présence de vulnérabilités. Différents outils ont été développés pour constituer les supports de cette forme d'autonomie, comme les directives anticipées [6] ou les plans de crise conjoints [7], qui peuvent constituer les supports d'une réflexion partagée avec l'entourage et les professionnels, et permettre l'expression d'une volonté nourrie des expériences passées et anticipant sur de potentiels moments de vulnérabilité future. Par-delà la question du consentement à une proposition de soin ou d'accompagnement, cela invite à penser la place de la personne dans la construction de ce qu'elle souhaite dans une temporalité. ■

1. Pour en savoir plus : Service Public.fr. Soins pour troubles psychiatriques : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/7761>
2. Sharon Sherry Mead et Mary Ellen Copeland : « L'objectif ultime de l'expérience de rétablissement n'est pas nécessairement de retrouver la santé en termes de rémission des symptômes. Il s'agit plus de pour

une personne de parvenir à l'équilibre optimal de ses ressources personnelles et environnementales afin d'atteindre un état de bien-être et d'équilibre dans les conditions de vie qu'elle-même aura choisies. »

Pour en savoir plus

Dossier : Du consentement. *Pratiques en santé mentale*, 2021, n° 4. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-en-sante-mentale-2021-4.htm>

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Moreau D., Marques A. Programmes de soins : quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital. *L'Information psychiatrique*, 15 avril 2020, vol. 96, n° 3 : p. 177-184. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-3-page-177.htm>
- [2] Golderly M., Garde C., Rallo S. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé*, juin 2022, vol. 6, n° 269 : 8 p. En ligne : <https://www.ined.fr/recherche/2022/qes-269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.html>
- [3] Organisation des Nations unies. *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et protocole facultatif*. ONU, 2006 : 38 p. En ligne : <https://www.un.org/fr/development/digital-library/convention/convention.pdf>
- [4] Mead S., Copeland M. E. What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 2000, vol. 36, n° 3 : p. 315-328. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10933247/>
- [5] Linder A. De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale. *Sociologie*, 2022, vol. 13, n° 1 : p. 43-61. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2022-1-page-43.htm>
- [6] Toland A., Loubiere S., Mougeot E., Joux E., Pontier M., Baumstarck K. et al. Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 6 juin 2022, vol. 79, n° 6 : 752-759. En ligne : <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2793222>
- [7] Condempine M., Cancell O. « Mon GPS » : anticiper pour mieux consentir. *Pratiques en santé mentale*, 2021, n° 4 : p. 83-92. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-en-sante-mentale-2021-4-page-83.htm>

Dossier

Consentement, éthique, soins et santé

LA SANTÉ EN ACTION - N° 461 - JUIN 2023

Consentir à mourir ?

Entretien avec Nicolas Foureur, médecin, directeur du Centre d'éthique clinique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

La Santé en action : Quelle est votre position face à la notion de « consentement » dans le cadre de la relation de soin ?

Nicolas Foureur : La notion de consentement est surtout utilisée pour s'assurer que les soignant-e-s n'interviennent pas « contre » la volonté des patient-e-s. Cependant, il y a un pas entre le fait de ne pas aller à l'encontre et le fait de rechercher si la personne a exprimé une réelle volonté, authentique, qui reflète son autonomie. On fait comme s'il suffisait que les patients « consentent » à un traitement spécifique pour que leur autonomie soit respectée. La question est plutôt de savoir quel objectif on souhaite atteindre *pour et avec* le patient, sans pour autant savoir comment atteindre ce but. Si un patient demande à être opéré pour aller mieux, mais qu'en pratique il met en échec tout ce qui est fait par les soignants pour y arriver, faut-il penser qu'il préfère baisser les bras et le laisser mourir, ou faut-il l'aider à se surpasser quitte à le contraindre ? La logique médicale suit bien souvent un chemin en ligne droite : faire la balance « bénéfices-risques » – au mieux en collégialité –, informer la personne du résultat de la réflexion et enfin recueillir son consentement à ce qui lui est proposé. Si cette démarche respecte en apparence le droit des patient-e-s (consentir, et de façon éclairée), elle reste une logique très médicale qui ne s'intéresse pas nécessairement à l'autonomie des personnes.

S. A. : Vous semble-t-il possible qu'une personne consente à mourir sans que ce soit la manifestation d'un trouble psychique ?

N. F. : Les psychiatres, précisément parce qu'ils peuvent penser que leur rôle est dans l'évitement de la mort,

sont pris dans une certaine contradiction lorsqu'il s'agit de s'interroger sur le fait, pour un patient, de vouloir mourir. Même si cela ne fait pas consensus parmi les psychiatres, je pense qu'on peut demander à mourir sans être dans la pathologie psychiatrique. Je comprends leur position, leur rôle est aussi d'éviter les suicides : que la volonté de mourir les alerte me semble normal. Bien sûr, l'équipe psychiatrique a sa place dans l'évaluation des demandes à mourir, notamment parce qu'elle peut travailler sur le soulagement de la souffrance psychique et voir si la demande se maintient après un traitement. Cependant, il ne faut pas se limiter à une appréciation psychiatrique – ou neuropsychiatrique – de ces demandes. Autrement dit, on peut être déprimé voire dépressif sans que cela ne remette systématiquement en question le désir de mourir. Certaines situations interrogent les limites de la psychiatrie. C'est par exemple le cas des personnes qui vivent sous des « influences » qu'elles ont librement choisies, telles que des croyances religieuses. Le Centre d'éthique clinique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est ainsi régulièrement consulté à propos de personnes témoins de Jéhovah qui refusent des transfusions sanguines lors d'interventions chirurgicales, ce qui peut conduire à leur mort par défaut de traitement. Face à ces personnes, nous comprenons toute l'ambiguïté de la notion de consentement aux soins. Certaines, les plus engagées dans leur communauté, sont catégoriques dans leur choix, jusqu'à la mort qu'elles voient comme une continuité de leur vie. D'autres énoncent très rapidement leur préférence pour la vie et consentent à un soin qui leur est indispensable en mettant de côté leur convictions. Dans ce contexte, un certain nombre de personnes sont prises de façon très violente dans un conflit de valeurs. Comment par

L'ESSENTIEL

■ En éthique clinique, il faut chercher à savoir si la personne exprime ou a exprimé une réelle volonté, authentique, qui reflète son autonomie. La logique médicale respecte en apparence les droits des patient-e-s (consentir, et de façon éclairée), mais elle ne s'intéresse pas nécessairement à l'autonomie des personnes. Le consentement à mourir s'inscrit dans un questionnement particulièrement complexe : il ne s'agit pas seulement de vivre ou de mourir, mais de se demander comment on va vivre. Et même pour les personnes qui ne sont plus capables d'exprimer leur avis, il convient de décider en fonction de ce que la personne a été, voire de ce qu'elle aurait voulu.

exemple, face à la décision de refuser les transfusions, être à la fois un bon parent (continuer à vivre pour s'occuper de ses enfants encore mineurs) et un bon croyant (accepter la mort) ? Ces personnes ne savent pas comment refuser le soin, mais elles ne savent pas davantage comment y consentir. Parfois, la décision se prend à l'extérieur d'elles-mêmes, comme si elles pouvaient ainsi être soulagées du poids de devoir consentir.

S. A. : Pensez-vous que les demandes d'arrêt des traitements disparaîtraient si les soins palliatifs étaient généralisés ?

N. F. : Il faut d'abord rappeler que n'importe quel soignant, n'importe quel service devrait être capable de gérer des soins dits palliatifs. Dans certaines situations particulièrement complexes, il peut être pertinent de disposer de services experts qui sachent gérer toutes ensemble les souffrances physiques, psychiques et « existentielles ». C'est cette

Dossier

Consentement, éthique, soins et santé

souffrance existentielle qui est souvent la plus difficile à percevoir et à traiter. Toutefois, quand bien même ces différents aspects de la souffrance seraient pris en compte, le consentement à mourir s'inscrit dans un questionnement plus complexe : il ne s'agit pas seulement de vivre ou de mourir, mais de se demander comment on va vivre. Quelles sont les conséquences sociales de la vie ou de la mort pour les personnes qui nous entourent ? Dans quel temps va-t-on mourir ? La question est donc moins : est-ce que les personnes cesseraient de demander à mourir si elles ne souffraient plus ?, mais plutôt : en quoi cette demande à mourir particulière s'inscrit-elle dans un parcours de soins, dans un parcours de vie ?

S. A. : Quelles méthodes permettent de réfléchir aux souhaits impossibles à formuler par certaines personnes en fin de vie ?

N. F. : La situation que vous évoquez est très courante. Cependant, en réalité, cette difficulté à savoir ce que la personne veut vraiment se rencontre aussi chez les patient-e-s parfaitement conscientes. En réalité, les demandes – demandes d'arrêt des

traitements, mais aussi demandes de soins – sont rarement parfaitement claires, elles s'expriment de façon équivoque. Les personnes sont très liées à leur entourage et aux soignant-e-s qui les accompagnent. Comment dès lors distinguer ce qui, dans leurs demandes, est lié à leur désir pour elles-mêmes et ce qui vient de leur préoccupation pour les autres ? Pour les personnes conscientes, le consentement vient en réalité dans un second temps, lorsqu'on a pris le temps de travailler avec la personne sur une proposition qui lui convient, dans tous les aspects de sa décision : les aspects médicaux et les aspects psychosocio-familiaux. En éthique clinique, nous travaillons sur le respect de l'autonomie de la personne, y compris lorsqu'elle n'est pas consciente. Cette notion d'autonomie n'est pas univoque. Nous parlons en réalité de divers types d'autonomie : « autonomie-authenticité » (biographique), « substituée » (à la place du patient), « reliée » (en symbiose avec un être cher), etc. Il s'agit ici de se demander, grâce à la parole des proches (famille, ami-e-s, mais aussi éventuellement soignant-e-s), ce que la personne a

dit de la situation par le passé, de s'interroger sur la façon dont elle a vécu sa vie afin de s'interroger sur la façon dont elle aurait voulu sa mort. À ce stade, il est possible de prendre des décisions en considérant aussi les proches : à la fois pour leur éviter des souffrances psychiques (longue agonie de leur proche par exemple), mais aussi parce que les protéger de ces souffrances aurait pu être un désir de la personne elle-même. Même en présence de directives anticipées, qui restent rares, décider en fonction de l'autonomie de la personne reste évidemment un pari. Cette recherche de ce à quoi la personne aurait consenti si elle avait été consciente est un outil qui permet de donner une couleur, une humanité à des décisions qui se prennent aussi sur d'autres arguments, notamment les principes de bienfaisance et de non-malfaisance pour les patient-e-s, et un principe de justice qui s'interroge sur l'inscription de la situation dans un cadre plus large (situation familiale, cadre juridique, etc.). ■

Propos recueillis
par Yvélle Amselem-Mainguy
et Lisa Carayon.

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DE CET ARTICLE.

« Il n'y a pas de soins sans échanges entre malades et soignants. »

Accès aux soins pour les migrants : Comment consentir si l'on ne comprend pas ? »

