

CONSEIL D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Sous Commission Belle-Idée

Applications des directives anticipées en Psychiatrie :

Refus de traitement psychotropes

en cas de décompensation psychiatrique

I. Contexte de la demande

Le Conseil d'éthique clinique a été saisi le 23 avril 2008, par Mme Nicole Rosset, Secrétaire Générale adjointe des HUG, présidente du « groupe de procédures médico-légales du Département de Psychiatrie ».

Ce groupe, composé de cinq médecins, de deux soignants cadres du Département et d'une conseillère juridique, a la charge de proposer des procédures afin d'harmoniser les pratiques de soins avec le cadre "médico-légal" (ex: procédure du Département de psychiatrie sur les mesures de contention). C'est dans ce cadre que le groupe a sollicité l'avis de notre Conseil en matière d'application des directives anticipées dans le contexte des crises aiguës rencontrées en psychiatrie, avec dangerosité potentielle du patient pour lui-même ou envers autrui et/ou envers les soignants.

Un exemple de situation clinique est cité dans la demande d'avis :

« Un patient a été hospitalisé plusieurs fois pour des troubles psychotiques. Au cours de ces hospitalisations, il a commis plusieurs agressions physiques, potentiellement dangereuses, sur les soignants. Il adresse au département de psychiatrie des directives anticipées dans lesquelles il exprime qu'en cas de nouvelle hospitalisation en psychiatrie, il refuse de recevoir un traitement psychotrope quel qu'il soit. Les directives anticipées sont contresignées par un médecin qui atteste que le rédacteur de ces directives bénéficiait de sa capacité de discernement au moment de leur rédaction. »

La question formulée dans la demande d'avis est la suivante :

« Doit-on appliquer les directives anticipées comme telles et ne pas traiter le patient par des médicaments psychotropes ? »

Il faut savoir qu'il est possible de rencontrer ce type de problématique dans différents contextes de soins en psychiatrie, auprès de patients adultes, d'adolescents, voire en psychiatrie gériatrique.

Il faut également rappeler que le patient peut déposer ses directives anticipées (DA) à l'hôpital lors de son admission et que celles-ci peuvent être archivées dans différents lieux de soins des HUG (CAU – DRG et Secrétariat Général de Belle-Idée pour celles qui sont en lien avec la Psychiatrie). Elles peuvent aussi être connues au détour de la prise en soins si elles sont déposées chez le médecin traitant du patient ou auprès d'un représentant thérapeutique.

Nous avons eu à disposition deux exemples (rendus anonymes) de directives anticipées concernant des soins éventuels en psychiatrie, l'un basé sur le formulaire de l'association « Pro Mente Sana » et

l'autre sur le modèle « Psychex¹ ». L'un interdisait le recours à « tout traitement neuroleptique ou anti-épileptique », l'autre autorisait l'utilisation de certains médicaments (Temesta® par ex.) et en refusait d'autres (Zyprexa®, Clopixol®, Entumine®, Leponex®, par ex.).

Le modèle de Pro Mente Sana recommande d'établir les directives anticipées avec un médecin qui puisse garantir que l'auteur de ces DA possède sa capacité de discernement au moment de la rédaction. En effet, pour que des DA soient valables, la loi exige que la personne jouisse de sa capacité de discernement au moment où elle les rédige. Aucun des deux exemples cités ne précisait le contexte précis d'application de ces directives anticipées, autrement qu'en termes « d'hospitalisation » ou de « perte de capacité de discernement », rendant de ce fait leur application difficile, voire impossible selon la loi (article 48 – article 1).

II. Contexte légal

Loi genevoise sur la santé K 1 03 du 7 avril 2006

La loi genevoise sur la santé est présentée en annexe de cet Avis consultatif.

III. Analyse éthique

Postulats de départ

- Nous partons du postulat que **le patient possède sa capacité de discernement** lors de la rédaction de ses directives anticipées (celle-ci est reconnue par défaut comme présente, également chez des personnes présentant des antécédents de maladie psychique).
- Nous gardons également comme postulat que **l'on se trouve dans une situation prévue par le patient dans ses directives anticipées.**

Il faut relever qu'un patient ne peut s'opposer à une hospitalisation contrainte en psychiatrie en cas de troubles mentaux, dans un contexte d'urgence et avec dangerosité pour lui-même ou pour autrui (critères légaux). Pour rappel également, une demande exprimée dans une directive anticipée de procéder à un acte illégal, une euthanasie active, par exemple, ne doit pas être respectée par les soignants. Enfin, les directives anticipées ne doivent être respectées que pour autant que le patient se trouve dans une situation qu'elles prévoient.

Des situations différentes

Trois situations peuvent se présenter lors de l'hospitalisation d'un patient **incapable de discernement au moment où se présente l'épisode clinique critique** :

1. **Le patient n'a pas écrit de directives anticipées** limitant l'usage des traitements :

Le traitement le plus approprié est appliqué, qu'il soit médicamenteux et/ou effectué au moyen de mesures de contrainte² qui garantissent sa propre sécurité et celle d'autrui (en appliquant les protocoles institutionnels de surveillance renforcée et d'évaluation médicale quotidienne). Lors de mesures de contrainte, on choisit « la moins contraignante sur la liberté de mouvement ».

¹ <http://www.grepsy.ch/psychex.htm> : cf. slogan d'une page du site web : « un traitement administré contre la volonté du patient ne peut être un bon traitement »

² Les mesures de contrainte incluent la contention physique, et la contention environnementale (chambre fermée). Il est important de souligner que ce terme n'inclut pas l'administration de médicaments.
avis dapsy 19_09_09.doc

2. **Le patient a écrit des directives anticipées**, dans les conditions prévues par la loi (capacité de discernement, situations où elles s'appliquent spécifiquement décrites), celles-ci **interdisant l'usage de certains traitements et pas d'autres** (par ex. en citant certains noms d'antipsychotiques). Dans un tel cas, le traitement le plus approprié est appliqué, en recourant à d'autres antipsychotiques ou psychotropes que ceux qui sont refusés et/ou par des mesures de contrainte appropriées, en vue de préserver la propre sécurité du patient et celle d'autrui. Les protocoles institutionnels (1) et les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2) concernant les mesures de contention sont appliqués.
3. **Le patient a écrit des directives anticipées**, dans les conditions prévues par la loi, **interdisant le recours à des catégories entières de médicaments** (p.ex. « tous les psychotropes »). C'est cette situation qui pose dans les soins le problème le plus difficile. En l'absence de traitement psychotrope, une crise peut durer nettement plus longtemps et donner lieu à des situations parfois prolongées de dangerosité, tant pour le patient que pour son entourage. L'hospitalisation non volontaire permet de lever la dangerosité pour les personnes qui se trouvent à l'extérieur de l'hôpital, mais elle peut ne pas être entièrement efficace au sein de l'hôpital, où des soignants font régulièrement l'objet d'agressions. Cette situation met donc en tension des valeurs éthiques comme **l'autonomie du patient**, sa **protection** au nom de la non-malfaisance, et la **sécurité des soignants**. Ce type de prise en charge peut également être coûteux en ressources humaines et poser un problème de **justice distributive**.

On peut analyser ce troisième cas de figure comme suit :

Le législateur n'a pas voulu faire de différence entre des directives anticipées qui concerneraient des soins somatiques et des soins psychiatriques. Cette attitude est justifiée et elle permet d'éviter toute discrimination. Il n'y a donc aucune raison *a priori* de respecter moins les directives anticipées en psychiatrie qu'ailleurs.

La loi permet l'utilisation de mesures de contrainte physiques et environnementales sans le consentement du patient, mais ces mesures n'incluent pas l'administration d'un traitement médicamenteux. Une directive anticipée rédigée par un patient capable de discernement et qui exprime le refus de tout traitement psychotrope doit donc en principe être respectée. Si aucune autre classe de médicaments n'est appropriée aux soins exigés au moment de la prise en charge de l'épisode clinique, des mesures d'accompagnement intensif doivent être mises en place. Au besoin, des mesures de contrainte non pharmacologiques doivent être appliquées selon les exceptions prévues par la loi, article 50 al.2 (sur ordre médical, en urgence, et dans le cas de dangerosité pour le patient ou pour autrui). Lorsque des mesures de contrainte s'imposent, on appliquera les moins contraignantes pour le patient, en privilégiant un environnement sécurisé avec un accompagnement soignant intensif, voire permanent.

Malgré tout, il peut exister des situations dans lesquelles l'application d'une telle directive est impossible ou contraire à d'autres valeurs éthiques importantes. Les mesures de contrainte non pharmacologiques peuvent s'avérer insuffisantes. Une crise peut se prolonger. Comment identifier des situations où l'on serait en droit de passer outre au refus du patient ? Plusieurs enjeux peuvent être mis en lumière..

a) **Mise en danger d'autrui**

Le médecin doit prendre les mesures les plus appropriées pour respecter les directives anticipées lorsqu'il a connaissance de leur rédaction. Cependant, il doit en toute circonstance garantir la sécurité d'autrui, notamment des autres patients et des soignants. La mise en œuvre des directives anticipées n'est donc pas absolue et elle dépend de la situation au moment de la crise. En effet, il n'est pas admissible que le strict respect des directives anticipées écrites par le patient mette en danger la sécurité d'autrui, en particulier des soignants.

Les agressions, verbales mais aussi physiques, ne sont pas rares en hôpital psychiatrique. Une observation récente dans un hôpital suisse fait état de 110 incidents violents sur 815 patients admis (3). Un patient, même soumis à des mesures de contrainte, peut représenter un danger pour les soignants. La dangerosité pour autrui sert parfois dans d'autres pays, notamment aux USA, à justifier un traitement médicamenteux non volontaire. Selon un critère dit de « détérioration prévisible », l'administration d'un traitement psychotrope peut ainsi devenir une condition à la sortie de l'hôpital (4).

Toutefois, à Genève, un arrêt de 1996 du Tribunal administratif³ concernant un cas de mise en danger du patient lui-même a exclu la *prévention de l'apparition d'un risque* comme motif à l'administration d'un traitement contre la volonté du patient.

En cas de danger pour autrui, il faut clairement privilégier autant que possible des mesures alternatives, y compris la contrainte physique et environnementale. **En cas de mise en danger physique concrète et non maîtrisable par d'autres moyens d'un soignant ou d'un autre patient, il est en revanche justifié dans l'urgence d'avoir recours à un médicament psychotrope même chez un patient qui l'aurait refusé dans ses directives anticipées.** Le danger doit être bien établi. Cette mesure prise dans l'urgence ne doit pas mener à l'introduction d'un traitement non ponctuel, prolongé, de psychotropes et elle ne saurait à elle seule justifier un tel traitement.

b) Mise en danger du patient

Le patient qui refuserait tout psychotrope dans ses directives anticipées peut courir trois sortes de risques : la mise en danger physique par lui-même, la prolongation de la crise et la mise par la maladie en situation indigne.

En cas de **mise en danger physique concrète, et non maîtrisable par d'autres moyens** du patient lui-même, il est également crucial de privilégier des mesures alternatives, y compris la contrainte physique et environnementale avec les mesures d'accompagnement qui s'imposent.

Lorsque ces mesures ne permettent pas d'écarter le danger pour le patient, l'usage ou non des psychotropes présente un dilemme, face auquel il s'agit de définir quelle est la *transgression la plus justifiable (principe de proportionnalité)*.

D'une part, en effet, administrer un traitement psychotrope contre la volonté d'un patient est sans aucun doute contraire à sa volonté, exprimée dans ses directives anticipées, dont on présume ici qu'elles sont rédigées alors qu'il était capable de discernement. Cela peut constituer une rupture d'alliance avec le patient. On court également le risque d'introduire une asymétrie entre les personnes souffrant de pathologies somatiques et les personnes souffrant de pathologies psychiatriques, puisqu'on accepte qu'un patient atteint d'un problème somatique assume un risque grave, voire vital, dans une directive anticipée.

D'autre part, ces situations ne sont pas entièrement identiques quand elles sont rencontrées lors d'hospitalisations en médecine somatique ou en psychiatrie. L'admission non volontaire, légalement autorisée, en cas de danger pour soi-même lié à une maladie psychiatrique est à la base d'une partie de cette asymétrie. En effet, dans le cadre d'un contrat thérapeutique et malgré une opposition évidente aux valeurs des soignants, si ces derniers étaient contraints de laisser un patient psychiatrique incapable de discernement se mettre en danger vital sans pouvoir le protéger, on pourrait concevoir qu'ils acceptent cette situation. Mais cela supposerait que l'équipe ait accepté ces conditions d'hospitalisation particulières à l'avance. Toutefois, procéder ainsi relèverait d'une certaine hypocrisie, dans la mesure où l'alternative, c'est-à-dire refuser l'hospitalisation si l'équipe refuse ces conditions, n'est pas une possibilité accessible au patient de psychiatrie, puisque contraire à la loi. En effet, ce patient risquerait quand même de se trouver dans une situation où une hospitalisation non volontaire serait effectuée. En raison de cette asymétrie, due à une décision par la société et la loi, d'accepter l'hospitalisation non volontaire en psychiatrie et non en médecine somatique, il paraît à notre Conseil plus loyal d'avertir le patient que, dans certaines conditions et en *dernier recours*, on passerait outre à ses directives anticipées. D'autant que, en psychiatrie aussi, il y aurait également une grande incohérence à rejeter d'une part le suicide et à l'accepter d'autre part lorsqu'il est en quelque sorte « prévu » dans des directives anticipées.

Pour ces raisons, nous pensons qu'en cas de danger physique concret, bien établi et non maîtrisable par d'autres moyens, du patient par lui-même, il est justifié d'avoir recours à un médicament psychotrope même chez un patient qui l'aurait refusé dans ses directives

³ RDAF 1996, 64 – Tribunal administratif, 7 mars 1995, K.C. DASS et IUPG. Il s'agit d'un avis de droit avant l'application des nouvelles lois genevoises sur la santé K 1 03 de 2006, et la privation de liberté à des fins d'assistance K 1 24.

anticipées. Pour respecter la proportionnalité, il doit s'agir soit d'un risque concret pour sa vie, ou celui de voir surgir des séquelles physiques irréversibles. Dans l'idéal, cette éventualité devrait avoir pu être discutée antérieurement avec le patient, et/ou lui avoir été accessible dans un document informatif.

Il est important de mentionner que cette question a été traitée et qu'elle pourrait faire jurisprudence, en 1996, par le Tribunal administratif⁴ (*avant l'entrée en vigueur* des nouvelles lois genevoises sur la santé K 1 03 de 2006, et la privation de liberté à des fins d'assistance K 1 24.). Selon ce tribunal, il est exclu de recourir à un traitement (antipsychotiques) contre la volonté exprimée par le patient, même s'il est en situation de danger vital pour lui-même, alors que ce traitement pourrait être remplacé par des mesures de contrainte physique et que le patient accepte cette alternative. Ceci est valable que l'hospitalisation soit volontaire ou non, et que le patient possède ou non sa capacité de discernement. La prévention de l'apparition d'un risque vital ne saurait justifier un traitement forcé (consid. 10. lit c), les antipsychotiques ne pouvant en tant que tels avoir pour effet direct de sauver la vie du patient, mais plutôt de l'empêcher d'accomplir un acte ou d'adopter un comportement susceptible de mettre sa vie en danger (consid. 10, lit a). **Les cas considérés dans cet avis comme autorisant le recours à un traitement psychotrope contre la volonté du patient ne sont donc que ceux où aucune alternative ne permettrait d'écartier un danger immédiat et important pour le patient, attitude cohérente avec celle que nous proposons.**

Nous tenons cependant à souligner que notre Conseil ignore comment un tribunal trancherait un cas de transgression des directives anticipées d'un patient psychiatrique lorsqu'il n'y a *pas d'alternative* pour écartier un danger physique grave, voire vital. Toutefois, en l'absence d'un précédent juridique clair, il nous semble encore plus important que notre recommandation penche, dans le doute, en faveur de la préservation de la vie du patient (*in dubio, pro vita*).

Il est par ailleurs rare que les patients aient considéré la possibilité que leur refus de l'administration d'un psychotrope puisse les mettre en danger important, voire vital. *A fortiori*, dans le cas où le patient ne mentionnerait pas dans sa directive anticipée qu'il accepte un tel risque ou celui d'encourir des séquelles physiques irréversibles, il serait d'autant plus justifié de recourir à un traitement psychotrope dans l'urgence selon le critère du 'meilleur intérêt objectif'. Au vu de la gravité des conséquences prévisibles de l'abstention thérapeutique pharmacologique, il est justifié de considérer que le refus des psychotropes ne s'étend pas à une situation de risque aussi grave, à moins que le patient ne l'ait spécifiquement indiqué (5). Il est bien sûr ici aussi important de ne recourir à une telle mesure qu'en l'absence d'alternative.

Toutes ces mesures prises dans l'urgence doivent être décidées par un médecin cadre. Elles ne concernent que les cas d'urgence et ne sont pas assimilables à l'introduction d'un traitement non ponctuel et prolongé de psychotropes. Leur mise en œuvre ne saurait justifier la poursuite du traitement psychotrope, une fois le danger écarté.

c) En-dehors de l'urgence

En dehors d'une situation d'urgence, il est d'abord recommandé d'épuiser la recherche d'alternatives en impliquant dans la situation clinique les soignants et les médecins les plus expérimentés, allant jusqu'au chef de service responsable. Il nous paraît en effet nécessaire non seulement d'inclure la plus grande expertise médicale possible autour de ces situations, mais également une vue extérieure à celle de l'équipe qui fait face à ces situations dans l'immédiat, au jour le jour. S'adresser lors de ces situations systématiquement aux mêmes personnes expérimentées représente également une plus grande garantie de cohérence d'une situation à l'autre. Il est également recommandé que tout soit tenté pour que les différentes parties, les responsables médicaux et soignants, les représentants thérapeutiques ou les proches réussissent à s'entendre tant sur la volonté présumée que sur l'intérêt objectif du patient. Comme le souligne l'Académie suisse des Sciences Médicales « *Cela constitue le meilleur moyen de prendre en compte d'une part les meilleures connaissances médicales du personnel soignant et, d'autre part, le rapport plus personnel que peuvent avoir notamment les*

⁴ RDAF 1996, 64 – Tribunal administratif, 7 mars 1995, K.C. DASS et IUPG. Il s'agit d'un avis de droit avant l'application de des nouvelles lois genevoises sur la santé K 1 03 de 2006, et la privation de liberté à des fins d'assistance K 1 24.

proches avec le patient » (2). Si aucune alternative ne s'avère satisfaisante, le recours au tribunal tutélaire est recommandé afin d'inclure un curateur de soins voire un tuteur dans la décision d'introduire ou non un traitement psychotrope malgré le refus du patient.

L'abstention thérapeutique pharmacologique (psychotrope) chez un patient en crise pose un autre problème : le risque **d'hospitalisation à long terme** (6). Ce point doit bien sûr être discuté en amont avec le patient lors de la rédaction des directives anticipées. Il est possible que le patient préfère accepter le recours aux psychotropes plutôt que de risquer de subir une très longue hospitalisation, avec tous les risques de rupture sociale, biographique et affective qu'elle peut supposer. Il est cependant aussi imaginable qu'il juge le traitement psychotrope tellement lourd et ses effets secondaires si indésirables qu'il préfère courir le risque d'une crise prolongée vécue au sein de l'hôpital.

Ici encore, il est tout d'abord recommandé d'épuiser la recherche d'alternatives en impliquant dans la situation clinique les soignants et les médecins les plus expérimentés, allant jusqu'au chef de service responsable. Si aucune alternative ne s'avère satisfaisante, le recours au tribunal tutélaire est donc également recommandé ici.

Certains comportements (propos, gestes et attitudes) induits par la crise psychiatrique pourraient être considérés comme « **dégradants** » par le patient lui-même quand il est interrogé en dehors d'une décompensation. Au moment de la crise, il pourrait ne plus être capable de jugement quant à l'importance pour lui et pour son image de ces comportements. Ce type de question, comme chaque fois que l'on fait appel à la notion de « dignité humaine », est très difficile à discuter. En effet, cette notion est entourée d'un flou et d'une grande subjectivité. Quels sont les types de situations que le patient considérerait comme indignes ? Si le patient les définit par le biais de ses directives, respecter sa dignité ne signifie au fond que respecter ses directives anticipées.(7) Dans le cas où le patient ne se prononcerait pas explicitement sur ce sujet, il existe un vrai risque que les soignants considèrent une situation comme contraire à la dignité du patient et que ce ne soit là qu'une manière d'exprimer leur désaccord avec les priorités exprimées par le patient dans ses directives anticipées. Si le patient ne présente pas sa vision de sa propre dignité dans ses directives, comment réussir à cerner ses intentions ? Ses proches, peuvent apporter un éclairage crucial, mais ils peuvent également se tromper (8). Ainsi, en cas de situation jugée 'dégradante' par les soignants, il est tout particulièrement recommandé de rechercher auprès des proches une meilleure compréhension de ce que le patient aurait jugé comme tel. S'il l'a précisé dans ses directives anticipées, son avis sur ce qui constitue une situation 'dégradante' doit être respecté au même titre que le reste du contenu de ses directives. En l'absence d'une personne nommée par le patient pour décider à sa place, donc d'un représentant thérapeutique, le recours au tribunal tutélaire est donc également recommandé ici.

d) Justice distributive

Une autre considération éthique concerne l'équité dans la répartition des ressources en soins, par ex. lorsqu'une présence soignante est requise de manière permanente auprès du patient pendant une longue période, alors qu'il existerait des alternatives thérapeutiques efficaces, moins coûteuses en temps et en personnel. **La prise en charge urgente d'un patient en crise est coûteuse en ressources humaines avec ou sans psychotropes.** Lorsque la première urgence est passée, il est en revanche indéniable que la prise en charge sans psychotropes mobilise des ressources humaines plus importantes. Elle pose donc la question de la justice distributive. De l'avis de notre Conseil, cependant, cette considération est **aujourd'hui** insuffisante pour permettre le traitement médicamenteux d'un patient qui l'aurait refusé. En effet, la pression sur l'emploi du temps du personnel peut souvent être allégée par la répartition des ressources humaines entre différents services et des ressources supplémentaires pour répondre à des besoins du patient jugés importants, comme à l'évidence le respect des directives anticipées (9, 10). Mais cette position n'est tenable qu'à condition que la mise à disposition de ressources supplémentaires pour le patient en crise refusant le traitement psychotrope ne pénalise pas les autres patients. La question de la justice pourrait donc se poser différemment dans un contexte de ressources plus limitées.

IV. Prévention

Faire alliance autour des directives anticipées

La plupart des affections concernées ici sont chroniques. Les patients subiront donc probablement plusieurs crises. Chacune d'entre elles devrait être l'occasion de discuter à nouveau quelle est la volonté du patient pour l'avenir. Cela permet, dans le meilleur des cas, de faire de la directive anticipée un objet d'alliance entre le patient et ses soignants.

Des données suggèrent que le fait d'expliquer les raisons de refuser le traitement influence la décision des cliniciens d'honorer ou non la directive anticipée (11). Il est donc dans l'intérêt de tous que ces raisons figurent clairement dans le document. Le soutien à la rédaction de directives anticipées peut renforcer l'alliance thérapeutique en psychiatrie (12). La perspective pour le patient d'être traité comme une personne responsable et une meilleure compréhension de son plan de vie pour les soignants suggèrent aussi un usage *directement thérapeutique* des directives anticipées en psychiatrie : elles peuvent devenir un outil de planification commune, plutôt qu'une intervention focale en cas de crise (13, 14). Dans la plupart des cas, le meilleur moment pour tenir cette discussion sera le suivi ambulatoire plutôt que la fin de l'hospitalisation, mais il existe indéniablement des situations où le patient et l'équipe de soins en hôpital auront noué des liens d'une telle qualité que ce sujet pourra être abordé sans trop de difficulté en fin de séjour hospitalier. Dans cette optique, une bonne communication entre l'équipe hospitalière et l'équipe ambulatoire est importante, y compris sur les aspects pertinents à la rédaction de directives anticipées, au déroulement du séjour et aux problèmes éventuellement causés par la formulation actuelle de ces directives.

Par ailleurs, on l'a vu, un représentant thérapeutique est utile dans plusieurs des cas de figure mentionnés ci-dessus. Des données suggèrent que sa présence augmente aussi les chances qu'une directive anticipée soit respectée (15). Il est donc recommandé d'en nommer un.

Synthèse et Recommandations – Avis Consultatif du Conseil d’Ethique Clinique

Tout mettre en œuvre pour respecter les directives anticipées

Tout usage de psychotropes chez un patient qui l’aurait refusé dans ses directives anticipées doit être justifié par l’absence d’alternative. Il importe de privilégier le cas échéant l’utilisation de traitements médicamenteux qui n’ont pas été refusés par le patient et, au besoin, des mesures d’accompagnement, ou de contrainte physique ou environnementale.

Le danger physique concret dans l’urgence fait exception

En cas de **mise en danger physique concrète et non maîtrisable par d’autres moyens d’un soignant ou d’un autre patient**, il est en revanche justifié dans l’urgence d’avoir recours à un médicament psychotrope même chez un patient qui l’aurait refusé dans ses directives anticipées.

En cas de **danger physique concret, bien établi et non maîtrisable par d’autres moyens, du patient par lui-même**, il est justifié d’avoir recours à un médicament psychotrope même chez un patient qui l’aurait refusé dans ses directives anticipées. S’agissant d’écarter un risque pour le patient lui-même, il doit s’agir soit d’un danger qui n’est pas prévu par sa directive anticipée, soit d’un danger grave, représentant un risque concret pour sa vie, ou un risque de séquelles physiques irréversibles.

Toutes **ces mesures prises dans l’urgence** doivent être décidées par un médecin cadre. Elles ne concernent que les cas d’urgence et **ne sont pas assimilables à l’introduction d’un traitement non ponctuel et prolongé de psychotropes**. Leur mise en œuvre ne saurait justifier la poursuite du traitement psychotrope, une fois le danger écarté.

Hors urgence, élargir le nombre des intervenants

En dehors d’une situation d’urgence, dans les cas de chronicisation ou de mise en danger de soi ou d’autrui ne relevant pas de l’urgence, il est d’abord recommandé d’épuiser la recherche d’alternatives en impliquant dans la situation clinique les soignants et les médecins les plus expérimentés, jusqu’au chef de service responsable.

Si aucune alternative ne s’avère satisfaisante, le recours au tribunal tutélaire est recommandé afin d’inclure un curateur de soins voire un tuteur dans la décision d’introduire ou non un traitement psychotrope malgré le refus du patient.

Le Conseil d’Ethique Clinique reste à disposition à la demande des personnes impliquées dans ces situations, quel que soit le stade auquel elles pourraient juger utile de lui demander un avis.

Prévention

Il peut arriver qu’un patient qui aurait refusé tout traitement psychotrope dans une directive anticipée se trouve de ce fait en danger, ou dangereux pour autrui, ou qu’il risque d’être hospitalisé plus longtemps, ou dans des conditions pouvant être jugées dégradantes. Ces situations pourraient parfois être évitées en envisageant ces scénarios avec le patient lors de la rédaction des directives anticipées. Il est donc important, autant que possible, d’informer le patient avec le plus de précision possible de tous ces risques et des limites qui seraient éventuellement portées à ses directives anticipées.

Eviter la récurrence : faire des directives anticipées un objet d'alliance thérapeutique

Chaque hospitalisation devrait être l'occasion de discuter de la volonté du patient pour sa prise en soins ultérieure, de clarifier les points qui le nécessiteraient, de proposer le cas échéant au patient de nommer un représentant thérapeutique, en tenant compte de la manière dont s'est déroulée l'hospitalisation. Ceci pourrait également permettre de faire de la directive anticipée un objet d'alliance entre le patient et les soignants et d'aller vers le développement de *plans de crise conjoints*, dans un esprit d'éducation thérapeutique. Dans la plupart des cas, le meilleur moment pour cette discussion sera le suivi ambulatoire plutôt que la fin de l'hospitalisation. Malgré tout, si des liens de qualité ont été noués à l'hôpital, il est parfaitement concevable que ces sujets soient abordés en fin de séjour. Une bonne communication entre les différents soignants intervenant est donc cruciale.

Former les équipes

Ces situations représentent plusieurs défis pour des équipes médico-soignantes ; nous recommandons donc que soient prévues des formations spécifiques sur plusieurs points :

- la rédaction et l'application de directives anticipées, y compris dans les aspects plus spécifiques à la psychiatrie ;
- la prise en charge de patients qui auraient exprimé un refus de médicaments psychotropes ;
- la diffusion et l'application du présent avis.

Groupe de travail :

Sophie Cornioley Berger, Anne Catherine Hochstrasser, Samia Hurst, Myriam Nicolazzi, Gérard Niveau, Jean Claude Chevrolet, Jacques Butel.

Genève, 21 septembre 2009.



Pr. Arnaud PERRIER
Président du CEC

Texte rédigé par ...

Références

1. Département de Psychiatrie des HUG. Procédure concernant les mesures de contention 2007.
2. Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques pour les mesures de contrainte en médecine. 2005.
3. Schuwey-Hayoz A, Needham I. [Characteristics of patient aggression in a psychiatric hospital in Switzerland]. *Rech Soins Infirm* 2006 Sep(86):108-15.
4. Slobogin C. Involuntary community treatment of people who are violent and mentally ill: a legal analysis. *Hosp Community Psychiatry* 1994 Jul;45(7):685-9.
5. Buchanan AE, Brock DW. *Deciding for Others; The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
6. Borok GM, Reuben DB, Zendle LJ, Ershoff DH, Wolde-Tsadik G, Rubenstein LZ, et al. Rationale and design of a multi-center randomized trial of comprehensive geriatric assessment consultation for hospitalized patients in an HMO. *J Am Geriatr Soc* 1994 May;42(5):536-44.
7. Macklin R. Dignity is a useless concept. *BMJ* 2003 Dec 20;327(7429):1419-20.
8. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006 Mar 13;166(5):493-7.
9. Hurst SA, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther AM, Perrier A, Pegoraro R, et al. Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Serv Res* 2007;7:137.
10. Santos-Eggimann B. *Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?* Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive 2005.
11. Wilder CM, Elbogen EB, Swartz MS, Swanson JW, Van Dorn RA. Effect of patients' reasons for refusing treatment on implementing psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv* 2007 Oct;58(10):1348-50.
12. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, et al. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2006 Nov;163(11):1943-51.
13. Amering M, Stastny P, Hopper K. Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *Br J Psychiatry* 2005 Mar;186:247-52.
14. Drozdek D. Les directives anticipées en psychiatrie: le défi d'un partenariat. *Soins infirmiers; Krankenpflege* 2008;101(9):56-9.
15. Srebnik DS, Russo J. Consistency of psychiatric crisis care with advance directive instructions. *Psychiatr Serv* 2007 Sep;58(9):1157-63.

Annexe : Extraits de la Loi genevoise sur la Santé K 1 03 du 7 avril 2006

1 - Choix libre et éclairé - Directives anticipées :

- Article 47 : Choix libre et éclairé – Directives anticipées :
 - « Toute personne informée, **capable de discernement**, peut rédiger des directives anticipées sur **le type de soins qu'elle désire recevoir ou non dans des situations données** où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. »
- Article 48 - Directives anticipées :
 - alinéa 1 : « **Le professionnel de la santé doit respecter la volonté que le patient a exprimée dans des directives anticipées**, pour autant que ce dernier se trouve dans une situation qu'elles prévoient. »
- Article 49:
 - alinéa 1 : « **Si le patient est incapable de discernement, le professionnel de la santé doit rechercher s'il a rédigé des directives anticipées** ou désigné un représentant. A défaut, le professionnel doit obtenir l'accord du représentant légal après lui avoir fourni des informations nécessaires (...) et lui avoir permis l'accès au dossier médical. En l'absence de représentant légal, le professionnel de la santé s'adresse aux proches afin de déterminer la volonté présumée du patient ».
 - alinéa 2 : « Lorsque la décision du représentant choisi par le patient ou du représentant légal met en danger la santé du patient, le professionnel de la santé peut saisir l'autorité tutélaire. »

Commentaire : Le recours à l'autorité tutélaire concerne des différends qui surgiraient entre les représentants légaux ou désignés par le patient et les soignants, mais non pas dans les situations conflictuelles d'interprétation des directives anticipées entre patient et soignants.

- alinéa 3 : « A titre exceptionnel, soit **en cas d'urgence** ... le professionnel doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient, **en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci.** »

Commentaires : La notion d'urgence (sans distinction vitale ou non) précise que le professionnel doit pouvoir agir en tenant compte des intérêts du patient, mais en tenant compte de sa volonté présumée, ce qui pourrait être le cas dans des directives anticipées.

Au vu de ces articles législatifs, il apparaît que le législateur n'a pas voulu faire de distinctions entre les différentes pathologies ni mettre en exergue les spécificités psychiatriques.

Les directives anticipées s'appliquent dans la mesure où :

- le patient est capable de discernement au moment où elles sont établies
- les soins & traitements désirés ou non y sont décrits
- on se trouve, au moment de l'application, dans une situation clinique prévue dans les directives anticipées.

2 - Les mesures de contention - Loi sur la santé K 1 03 du 7 avril 2006

- Article 50 : Mesures de contraintes :
 - Alinéa 1 : « **Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite.** Le droit pénal et civil de mesures thérapeutiques et d'internement et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé »
 - Alinéa 2 : « **A titre exceptionnel** et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches, le médecin responsable d'une institution de santé peut, après consultation de l'équipe soignante, **imposer** pour une durée

limitée, des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient :

- si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas
- si le comportement du **patient présente un danger grave pour la santé de lui-même ou d'autrui.** »

- Article 51 : Mesures de contrainte – Modalités et protection des patients
 - Alinéa 2 : « Le patient ... peut s'adresser à la commission de surveillance pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte. »

Commentaire : La dangerosité pour soi-même ou pour autrui représente une exception à l'interdiction des mesures de contraintes. Toutefois, l'article 49, qui concerne les directives anticipées, ne mentionne pas d'exception à l'application de celles-ci dans le cadre de dangerosité pour soi-même ou pour autrui.