



Situation palliative complexe : psychiatrie et consentement aux soins

P. Etienne¹

1- Centre Hospitalier le Mas Careiron, Uzès

Problématique

Comment respecter la volonté d'un patient souffrant de schizophrénie lorsqu'il refuse le diagnostic et la prise en charge chirurgicale d'une pathologie somatique évolutive, alors même que l'évolution engage progressivement le pronostic fonctionnel puis vital ?

Objectifs

Objectif principal: Analyser, à partir d'un récit clinique, la manière dont une situation palliative complexe peut rendre instable l'interprétation du consentement aux soins.

Objectifs secondaires

1. Décrire les niveaux de complexité rencontrés dans la décision.
2. Identifier les conflits de lecture entre les différents acteurs.
3. Montrer que la question centrale n'est pas seulement : « le patient consent-il ? », mais aussi : « quel sujet cherchons-nous à entendre, protéger et reconnaître ? »

Récit clinique synthétique

Patient de 45 ans, souffrant de schizophrénie, hospitalisé en psychiatrie dans le cadre d'une réintégration de programme de soins. Il présente une AOMI. Le patient refuse le diagnostic et la prise en charge chirurgicale proposée, avec des motifs délirants: « *c'est une crise de goutte* » L'évolution clinique est rapidement défavorable :

Temps clinique	Situation observée	Enjeu décisionnel
Phase initiale	Claudication intermittente	Information, diagnostic, recherche adhésion aux soins
Aggravation	Ischémie critique, passages répétés aux urgences, Cs chirurgie vasculaire	Urgence somatique, définition de l'urgence vitale, refus persistant
Phase avancée	Gangrène Intervention juge des tutelles pour autorisation geste de revascularisation contre l'accord du patient	Chirurgie mutilante, intégrité corporelle, pronostic. Responsabilité institutionnelle, décision fragmentée
Phase palliative	Pronostic péjoratif, souffrance des équipes	Accompagnement, non-abandon, respect du sujet

Le consentement apparaît juridiquement central mais pratiquement insuffisant
Le cadre juridique affirme le principe du consentement libre et éclairé et du droit au refus. Toutefois, dans cette situation, le consentement ne fonctionne pas comme un acte ponctuel simple.
La question ne se limite pas à :
« **Le patient dit-il oui ou non ?** »
Elle devient :
« **Que comprend-il ? Que refuse-t-il exactement ? Le diagnostic ? L'intervention ? L'amputation ? La dépendance ? L'entrée dans un statut de malade somatique grave ?** »

Le morcellement des décisions majeure la conflictualité
La prise en charge a mobilisé plusieurs acteurs : psychiatre, urgentiste, chirurgien, équipe mobile de soins palliatifs, tuteur, juge des tutelles.
Chaque acteur intervient depuis un référentiel propre :
• le psychiatre évalue l'état mental, le risque et le cadre de soins ;
• l'urgentiste évalue l'ischémie critique ;
• le chirurgien évalue l'indication opératoire et le risque de non-intervention ;
• l'équipe de soins palliatifs évalue la souffrance, le pronostic et la proportionnalité ;
• le tuteur intervient dans le cadre de la protection juridique ;
• le juge arbitre certains désaccords selon le cadre légal applicable.
Ce morcellement peut transformer une situation clinique unique en une succession de décisions partielles, sans lieu commun suffisant de délibération.

La binarité du consentement masque plusieurs niveaux de complexité
Le consentement semble appeler une réponse binaire : accord ou refus. Or, dans ce cas, plusieurs incertitudes se superposent :
1. Incertitude pronostique : à quel moment le risque fonctionnel devient-il **risque vital** ?
2. Incertitude psychiatrique : le refus est-il l'expression stable d'une volonté ou l'effet d'une altération du jugement ?
3. Incertitude corporelle : comment interpréter le refus d'une chirurgie portant atteinte à l'intégrité physique ?
4. Incertitude institutionnelle : qui porte réellement la décision lorsque plusieurs acteurs interviennent successivement ?
5. Incertitude éthique : protéger le patient revient-il à respecter son refus ou à empêcher une évolution mortelle évitable ?

Les soignants se divisent autour de lectures opposées du même principe
La situation a suscité une forte émotion collective. Deux lectures principales se sont opposées, qui ne traduisent pas seulement un désaccord technique. Elles révèlent deux conceptions différentes de la responsabilité médicale : sauver malgré le refus, ou respecter malgré le risque.

Lecture protectrice	Lecture autonomiste
Le refus est jugé non suffisamment éclairé	Le refus demeure l'expression d'une volonté
La chirurgie devrait être réalisée pour éviter une perte de chance majeure	L'atteinte à l'intégrité corporelle ne peut être imposée
La vulnérabilité psychiatrique appelle une protection renforcée	La pathologie psychiatrique ne doit pas disqualifier la parole du patient
Le risque vital justifie une intervention	La contrainte somatique risquerait d'effacer le sujet

De la question du consentement à la question du sujet
L'enjeu éthique ne consiste pas seulement à déterminer si le patient consent ou refuse. Il s'agit de comprendre comment maintenir le patient comme sujet de la décision alors même que sa parole est contestée, que son jugement est suspecté, que son corps se dégrade et que les institutions se répartissent la responsabilité.
La question devient alors :
Comment protéger sans confisquer ?
Comment respecter sans abandonner ?
Comment entendre une volonté lorsque son expression est traversée par la maladie psychique ?

Dans les situations palliatives complexes en psychiatrie, le consentement ne doit pas être seulement recherché comme une réponse. Il doit être travaillé comme un processus de reconnaissance du sujet, de clarification du refus et de délibération collective.

Références: 1- République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la République française. 2002 Mar 5. République française. Code de la santé publique. Article L1111-4 : consentement, refus de traitement et accompagnement palliatif. Version en vigueur depuis le 1er octobre 2020. 2- République française. Code de la santé publique. Article R4127-36 : consentement de la personne examinée ou soignée. Version en vigueur depuis le 31 mai 2021. 3- République française. Code de la santé publique. Article R4127-42 : soins aux mineurs et majeurs protégés. Version en vigueur depuis le 31 mai 2021. 4- République française. Code civil. Article 459 : protection de la personne majeure protégée. Version en vigueur depuis le 14 mai 2022. 5- République française. Code de la santé publique. Article L3211-2 : soins psychiatriques libres. Version en vigueur depuis le 1er août 2011. 6- République française. Code de la santé publique. Article L1110-5 : droit aux soins appropriés et à une fin de vie digne. Version en vigueur depuis le 4 février 2016. République française. Code de la santé publique. Article L1110-5-1 : obstination déraisonnable et soins palliatifs. Version en vigueur depuis le 4 février 2016. 7- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988;319(25):1635-1638. doi:10.1056/NEJM198812223192504. 8- Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. Psychiatr Serv. 1997;48(11):1415-1419. doi:10.1176/ps.48.11.1415. 9- Moureau L, et al. Mapping the ethical aspects in end-of-life care for persons with a severe and persistent mental illness: a scoping review of the literature. Front Psychiatry. 2023;14:1094038. doi:10.3389/fpsyt.2023.1094038. 10- McNamara B, Same A, Rosenwax L, Kelly B. Palliative care for people with schizophrenia: a qualitative study of an under-served group in need. BMC Palliat Care. 2018;17:53. doi:10.1186/s12904-018-0309-1. 11- Foucault M. L'herméneutique du sujet: cours au Collège de France, 1981-1982. Paris: Gallimard/Seuil; 2001.