



**Le geste suicidaire :
expression systématique d'un refus de traitement?**

Avis du groupe de travail en éthique clinique

Février 2016

AVIS

Le geste suicidaire : expression systématique d'un refus de traitement?

Dans le courant de l'automne 2015, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a été informé que, dans des hôpitaux du Québec, des personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours par intoxication n'étaient pas réanimées alors que, de l'avis de certains experts, un traitement échelonné sur quelques jours pourrait les sauver sans séquelles ou presque.

Préoccupé par le sujet, le CMQ a confié au groupe de travail en éthique clinique la tâche de préciser certains éléments du processus décisionnel particuliers à ce type de situation.

C'est dans ce contexte que nous avons jugé utile de rappeler certains des droits des patients et de préciser les responsabilités morales, déontologiques et légales incombant au médecin qui prodigue des soins à des personnes incapables d'exprimer leurs volontés, et en particulier à celles qui ont tenté à leurs jours.

1. Le processus décisionnel dans toute situation clinique

Rappelons tout d'abord que dans toute situation clinique, le médecin doit agir avec compétence¹ en exerçant un jugement professionnel irréprochable. Il a ainsi le devoir moral et déontologique d'offrir des soins médicaux qui correspondent objectivement à la situation clinique du patient. Pour ce faire, il doit procéder à l'évaluation de l'état du patient de manière à pouvoir porter un diagnostic². Une fois le diagnostic posé, il envisage les options thérapeutiques les plus pertinentes, en tenant compte des données scientifiques ainsi que des normes médicales actuelles, et en prenant en considération les bénéfices et les risques possibles de chacune d'elles. Ainsi, dans le cas où un patient a tenté de s'enlever la vie en ingérant un produit toxique, le médecin doit-il identifier rapidement le produit, envisager les interventions propices à une récupération maximale, déterminer les bienfaits ainsi que les effets secondaires connus de chacune de ces interventions, sans oublier d'anticiper les séquelles possibles sur les organes (séquelles rénales, hépatiques et neurologiques, en particulier) et la survenue de handicaps temporaires ou définitifs. Cette démarche fonde l'indication du traitement médical et génère les informations à transmettre adéquatement au patient.

En vertu de son droit à l'intégrité et à l'autodétermination, le patient quant à lui, doit pouvoir décider de consentir ou de refuser les soins proposés par le médecin. Les motifs de sa décision lui appartiennent. Ils reflètent ses objectifs de vie, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Qu'ils soient objectifs ou subjectifs, d'ordre culturel, moral, ou autre, que le médecin les juge raisonnables ou non, ils doivent être respectés. Le Code civil du Québec consacre le droit à l'intégrité³ et impose, de même que la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'obtention du consentement de toute personne avant de la soumettre à des soins, quels qu'ils soient⁴. La Loi concernant les soins de fin de vie réaffirme ce droit⁵ et renforce le pouvoir d'autodétermination de la personne en instaurant le régime des directives médicales anticipées⁶ (DMA).

La décision de soins résulte cependant d'un processus de décision mené par les deux agents moraux que sont le patient et le médecin. Notons que le médecin est toujours responsable de

ses actes. Il est aussi tenu d'obtenir le consentement libre et éclairé⁷ du patient avant d'entreprendre sur lui quelque geste à visée diagnostique ou thérapeutique que ce soit. Pour ce faire, le médecin doit⁸ non seulement fournir les informations appropriées au patient, mais aussi répondre à ses questions et s'assurer de sa compréhension. Les informations portent sur la nature de la maladie, l'intervention ou le traitement envisagé, les différentes options possibles le cas échéant, les bénéfices escomptés et les risques prévisibles de chaque option, ainsi que les conséquences d'un refus de traitement. Un médecin ne peut pas imposer des soins qu'il juge requis, y compris pour maintenir un patient en vie, si ce dernier les refuse. Il ne peut pas non plus fournir de soins qui ne seraient pas médicalement nécessaires⁹ ou qui iraient à l'encontre de l'intérêt du patient¹⁰, et ce dernier ne peut pas plus exiger des soins qui ne sont pas indiqués d'un point de vue médical. Le processus décisionnel repose donc sur la communication entre les deux protagonistes en tout respect des responsabilités et des rôles de chacun, et exige qu'ils s'entendent pour décider du soin le plus approprié à la situation spécifique de ce patient particulier. Le processus décisionnel peut être parfois complexe, et la décision difficile à prendre. Une décision consensuelle n'est pas toujours possible et chacun est amené à faire des compromis. C'est le cas en particulier des décisions lourdes de conséquences, comportant un enjeu de vie ou de mort.

Le processus décisionnel s'avère encore plus compliqué et la décision plus difficile à prendre quand le patient est incapable d'exprimer ses volontés. Lorsqu'il est jugé inapte¹¹ à consentir à des soins ou à les refuser, alors un tiers habilité¹² à le faire à sa place peut participer au processus décisionnel quant aux soins requis par son état de santé, dans son seul intérêt et en tenant compte autant que possible des volontés qu'il a pu manifester avant de devenir inapte¹³.

Il est à souligner que les volontés du patient inapte exprimées via le formulaire¹⁴ intitulé « *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins* » ont préséance sur toutes les autres formes d'expression de volonté et qu'elles ont la même valeur que les volontés exprimées par une personne apte. Ainsi ces DMA, qui concernent certaines situations cliniques particulières¹⁵ et certains soins spécifiques¹⁶, ont une valeur contraignante envers le médecin et le tiers habilité qui sont tenus de les respecter¹⁷.

Si un patient inapte refuse catégoriquement de recevoir les soins proposés, ou bien en cas de conflit entre le médecin, l'équipe soignante et le tiers habilité à consentir pour autrui, le recours au tribunal peut être nécessaire¹⁸ pour décider des soins à prodiguer.

2. Une exception : la prise de décision en situation d'urgence

Un processus décisionnel bien mené impose certaines conditions. Il exige notamment du temps pour transmettre les informations pertinentes, répondre aux questions et s'assurer de la bonne compréhension de ces éléments par le patient ou son représentant. En situation d'urgence, c'est-à-dire lorsque la vie de la personne est en danger ou lorsque son intégrité est menacée, le facteur « temps » est crucial pour les interventions appropriées. Le médecin doit alors agir sans attendre pour prodiguer les soins requis par la condition précaire du patient.

Ainsi, dans le cas où un patient a tenté de s'enlever la vie en ingérant un produit toxique, le médecin doit-il réagir à toute défaillance grave des fonctions vitales par un traitement symptomatique et initier une intervention spécifique pour contrer rapidement l'agent toxique. Le but premier de ces interventions est non seulement d'assurer la survie du patient, mais également de lui éviter des séquelles. Le processus décisionnel concerté habituel avec le patient ou même avec son représentant s'avère impossible dans ces circonstances. Par la suite,

dès que la situation sera stabilisée et que les soins requis seront moins urgents, le médecin devra rétablir les modalités du processus décisionnel habituel pour déterminer la poursuite des soins et obtenir le consentement du patient redevenu apte à consentir à ses soins ou bien du tiers habilité s'il demeure inapte à ce faire.

D'un point de vue moral, ce devoir d'agir pour sauver la vie du patient ou lui éviter de vivre avec les séquelles d'une intervention trop tardive repose sur les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, ainsi que sur celui de solidarité.

Ne pas agir relèverait de la négligence. La loi et les normes professionnelles le confirment : la Charte des droits et libertés de la personne garantit le droit au secours à tout être humain dont la vie est en péril¹⁹ et le Code de déontologie des médecins exige de ceux-ci qu'ils agissent en situation d'urgence²⁰. Le Code civil²¹ et le Code de déontologie des médecins²² précisent enfin que le consentement aux soins n'est pas toujours requis en cas d'urgence.

3. Le geste suicidaire : quelle est sa part dans le processus décisionnel?

Certains pourraient vouloir interpréter un geste suicidaire comme l'expression d'un refus de soins que les soignants devraient respecter. En situation d'urgence cependant, comment ne pas en douter? Comment donner sens à une telle interprétation quand on sait que bien souvent, le suicide est un choix contraint par une pathologie psychiatrique²³ ou encore que la capacité de décider peut tout aussi bien être altérée en phase de delirium, en cas de perturbations métaboliques, ou de symptômes particulièrement pénibles, de conflits familiaux ou encore de problèmes sociaux? Comment se restreindre à une seule interprétation quand le temps manque pour évaluer globalement la situation, que le diagnostic même du geste suicidaire n'est pas toujours évident et que l'aptitude du patient à décider de ses soins est en jeu? En l'absence d'une connaissance suffisante de l'histoire du patient, et faute de temps pour évaluer tous les enjeux du geste posé en vue d'engager un processus décisionnel avec le patient ou son représentant, la responsabilité première du médecin qui exerce à la salle d'urgence est d'agir pour maintenir la vie et éviter autant que faire se peut les séquelles d'une réanimation trop tardive.

Une fois les premières mesures d'urgences effectuées, la démarche clinique habituelle doit reprendre son cours. Lorsque la condition du patient est stabilisée, d'autres médecins, incluant l'équipe de psychiatrie, pourront prendre le relais pour évaluer l'ensemble de la situation (évaluation somatique, mais aussi psychologique et sociale) et participer aux prises de décisions subséquentes. Le processus décisionnel se fera alors avec le patient s'il est jugé apte à consentir à ses soins. Si le patient est considéré inapte à ce faire par le médecin, et que sa situation clinique correspond à l'une de celles prévues par les DMA émises alors qu'il était apte à exprimer ses volontés, alors ces dernières devront être suivies quant aux soins qu'elles concerneront. Seul un tribunal peut invalider ou forcer leur respect. Si les DMA ne s'appliquent pas, alors le médecin décidera avec le tiers habilité des soins les plus appropriés en respectant son intérêt et les volontés qu'il aura exprimées avant son état suicidaire.

Les décisions qui concernent un refus ou l'arrêt d'un traitement maintenant ou prolongeant la vie sont toujours difficiles à prendre. A fortiori quand le patient est incapable de les prendre lui-même. On comprend bien l'importance de l'évaluation clinique de l'inaptitude du patient à consentir aux soins et combien elle peut être difficile à réaliser, parfois, chez des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique. Prendre le temps de le faire, en s'adjoignant les

expertises requises, est d'autant plus important que les conséquences de telles décisions peuvent être graves, voire irréversibles.

Des cas, certes exceptionnels mais extrêmement tragiques, ont été rapportés dans des juridictions qui autorisent le suicide assisté : des personnes atteintes d'une maladie incurable et en proie à des souffrances insupportables et ne pouvant être apaisées ont tenté de se suicider en absorbant une dose létale de médicament prescrit par leur médecin mais, la médication ayant été inefficace, elles ont été amenées à l'urgence où elles ont été réanimées. On comprend combien est important l'accompagnement des personnes très malades et qui souffrent afin d'éviter de tels drames. On constate également tout l'intérêt d'une planification des soins via l'établissement d'un niveau d'intervention médicale²⁴ (NIM) ou l'émission d'une ordonnance de non réanimation ou encore l'expression de DMA. Il est à noter que le suicide assisté demeure interdit au Québec. Seule est autorisée l'aide médicale à mourir administrée par un médecin à une personne en fin de vie, après qu'ait été mené un processus décisionnel rigoureux et respectant les critères cliniques et légaux très précis répondant à une logique de soin.

En résumé, nous sommes d'avis qu'une tentative de suicide ne doit pas être systématiquement interprétée comme l'expression d'un refus de soins, qu'il s'agisse de soins d'urgence ou autres. Dans un contexte d'urgence, alors que la survie et plus globalement la santé d'un patient sont menacées à court terme, la possibilité qu'un geste suicidaire soit responsable de son état ne devrait pas lui interdire l'accès aux traitements et autres interventions appropriées ou bien être un facteur déterminant dans l'établissement du niveau de soins médicaux à lui prodiguer, à moins que le médecin ne dispose de preuves irréfutables que ces interventions vont à l'encontre des intérêts et des volontés du patient (telles qu'une ordonnance de non-réanimation, ou des DMA). Dans les suites de l'intervention effectuée en urgence pour sauver la vie du patient, une fois son état stabilisé, le processus décisionnel habituel peut et doit être mené dans le respect des responsabilités de chacun, en gardant à l'esprit que la reconnaissance de la souffrance psychique peut permettre à la personne qui veut se suicider d'envisager autrement son avenir et que, le cas échéant, une pathologie psychiatrique sous-jacente nécessite une évaluation, un avis spécialisé, des aides et des soins appropriés. Être soigné avec compétence et diligence n'est-il pas, finalement, le premier des droits auxquels devrait pouvoir prétendre tout patient?

Membres du groupe de travail

Dr France Laurent Forest, président
Me Jean-Louis Baudouin
Dr Jean-Pierre Boucher
Dre Marguerite Dupré
Dr Richard Essiambre
Dre Marie-Chantal Fortin
Dre Yvette Lajeunesse
Dr Marcel Reny
Dr Yves Robert
Mme Nicole Vallières
Mme Isabelle Mondou, secrétaire

Références bibliographiques

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2014); [Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement](#); Anesm, Saint-Denis, France, 88 p.

Collège des médecins du Québec (2008); [Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie - Rapport du groupe de travail en éthique clinique](#); CMQ, Montréal, CMQ, 17 octobre, 50 p.

Feiring E, Ugstad KN (2014); [Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis](#). *BMC Health Serv Res*. 2014 Oct 25;14:500. doi: 10.1186/s12913-014-0500-x.

Grisso & Applebaum (1998); *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*, Oxford University Press, pp. 31-61.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). [Les niveaux de soins : normes et standards de qualité](#). Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, Qc : INESSS; 47 p.

Québec (1975); [Charte des droits et libertés de la personne](#), RLRQ c C-12, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

Québec (1991); [Code civil du Québec](#), RLRQ c C-1991, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

Québec (2015); [Code de déontologie des médecins](#), RLRQ, chapitre M-9, r. 17, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

Québec (2014); [Loi concernant les soins de fin de vie](#), RLRQ, c. S-32.0001, [Québec], Éditeur officiel du Québec

Québec (1991); [Loi sur la santé et les services sociaux](#), RLRQ c S-4.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec

Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N (2015); [Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists](#). *BMC Med Ethics*. 2015 May 28;16:37.

Sjöstrand M, Karlsson P, Sandman L, Helgesson G, Eriksson S, Juth N (2015); [Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: interviews with Swedish psychiatrists](#). *BMC Med Ethics*. 2015 May 21;16:34.

Soriano MA, Lagman R (2012); When the patient says no. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Aug;29(5):401-4.

Suter SM (2013); The politics of information: informed consent in abortion and end-of-life decision making. *Am J Law Med*. 2013;39(1):7-61.

Notes

¹ Article 4 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés. »

Article 5 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté. »

² Article 46 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés. »

³ Premier alinéa de l'article 10 du Code civil du Québec : « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. »

⁴ Deuxième alinéa de l'article 10 du Code civil du Québec : « Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui [la personne] porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »

Premier alinéa de l'article 11 du Code civil du Québec : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. »

Article 9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. »

⁵ Premier alinéa de l'article 5 de la Loi concernant les soins de fin de vie : « Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin. »

⁶ Articles 51 à 63 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

⁷ Article 28 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé. »

⁸ Article 29 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature et des conséquences de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. »

⁹ Article 50 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires. »

¹⁰ Article 60 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient eu égard à sa santé. »

¹¹ Jusqu'à preuve du contraire, la personne est réputée apte et elle seule doit consentir ou refuser un soin. Pour juger qu'une personne est inapte à ce faire, le médecin (ou le soignant) doit évaluer les habiletés cognitives suivantes : comprendre l'information, l'apprécier, raisonner et exprimer un choix. (Grisso & Applebaum, 1998)

¹² Deuxième alinéa de l'article 11 du Code civil du Québec : « Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. »

Article 15 du Code civil du Québec : « Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. »

¹³ Article 12 du Code civil du Québec : « Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère. »

¹⁴ Formulaire prescrit par le ministre, tel que l'exige la Loi concernant les soins de fin de vie.

¹⁵ Nous faisons ici référence aux situations cliniques visées dans le formulaire des directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins : fin de vie avec condition médicale grave et incurable; atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives (coma, état végétatif permanent ou démence).

¹⁶ Nous faisons ici référence aux soins visés dans le formulaire des directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins : réanimation cardiorespiratoire; ventilation assistée; dialyse; nutrition artificielle ou forcée; hydratation artificielle ou forcée.

¹⁷ Article 58 de la Loi concernant les soins de fin de vie : « Lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins, les volontés relatives aux soins clairement exprimées dans des directives médicales anticipées qui ont été versées au registre des directives médicales anticipées ou au dossier de la personne ont, à l'égard des professionnels de la santé ayant accès à ce registre ou à ce dossier, la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir aux soins. ».

¹⁸ Article 16 du Code civil du Québec : « L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.»

¹⁹ Article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne : « Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable. »

²⁰ Article 38 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit porter secours et fournir les meilleurs soins possibles à un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate. »

²¹ Article 13 du Code civil du Québec : « En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.»

²² Article 28 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé. »

²³ D'après Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2014.

²⁴ Le niveau d'intervention médicale (NIM) est un synonyme du « niveau de soin », expression plus communément utilisée dans les établissements de santé et de services sociaux. Pour en savoir plus sur les niveaux de soins, consulter le document publié par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en janvier 2016.