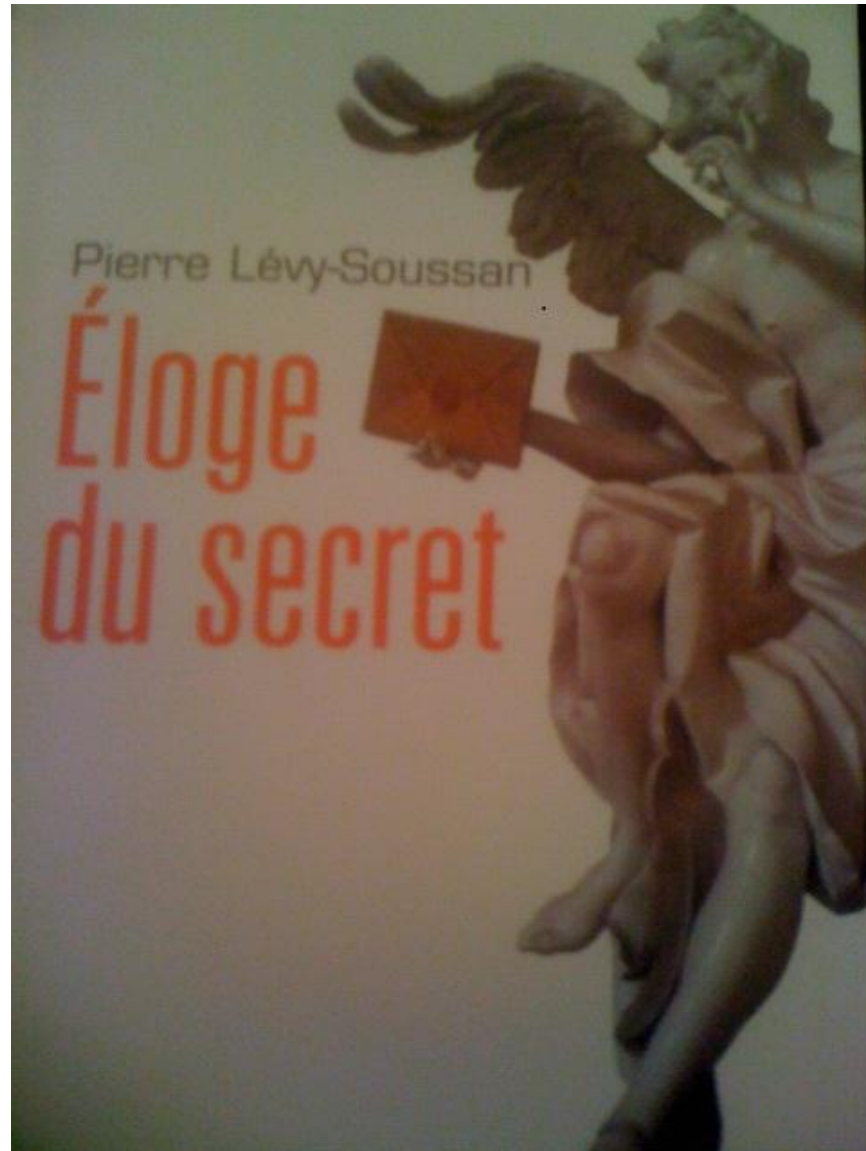


# Le refus de soins :

*une réalité à replacer dans un contexte clinique*

Les figures actuelles du  
consentement

*La transparence à tout prix*



Dr Michèle Lévy-Soussan UMASP  
Pitié Salpêtrière



Dr Michèle Lévy-Soussan UMASP  
Pitié Salpêtrière

# Code de Santé Publique

- Art L.1111-2 – Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur ...

# Code de Santé Publique

- Suite Art L.1111-2
- Information porte sur...les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. ...
- Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent en dispenser.

## Code de Santé Publique Art.L.1111-4 –

- Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.
- Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée sur les conséquences de ses choix.
- Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger

# Art.L.1111-4 –

- Le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables.
- 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.

REFUS DE SOINS!  
QU'EST-CE QUE TU  
CONNAIS À LA  
MÉDELINE?

RÉPONDS  
AU GRAND  
PATRON!







*rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre  
des médecins des 29 et 30 janvier 2004  
Pr. Jean-José BOUQUIER*

## **DU DROIT AU CONSENTEMENT AU DROIT AU REFUS DE SOINS**

### **Introduction**

Le consentement du patient a toujours été l'élément indispensable de sa prise en charge par son médecin. Basé sur une information devenue multiple, non plus réservée aux professionnels de santé ou aux pouvoirs publics mais à tout le corps social, véhiculant le meilleur et le pire ce consentement est parfois devenu plus difficile à donner par un patient souvent surinformé et rendu, par les drames que l'on a connu moins confiant dans une médecine considérée comme très scientifique et omnipotente.

Ce consentement tout à fait légitime du patient à tout acte médical a comme conséquence possible son droit au refus de soins, mettant alors dans une position difficile le médecin tenu à son devoir impératif d'assistance et de soins (art 9 du Code de déontologie médicale - art 223.6 du Code Pénal), et à son obligation d'assurer personnellement au patient des soins fondés sur les données acquises de la science (art 32 du C.D.M.)

**A** - Le consentement repose sur une information claire, loyale, appropriée au malade, à sa maladie et au traitement, progressive et évolutive. Devoir déontologique (art 35 du C.D.M.) et civil (art 16.3 du Code Civil), la loi du 4 mars 2002 renforce encore cette obligation légale (art L 1111.2 du C.S.P.) pour tout professionnel de santé et pour tout

Dr Michèle Lévy-Soussan UMASP  
Pitié Salpêtrière

OK. ON VA  
CONSIDÉRER SON  
SILENCE COMME UN  
CONSENTEMENT  
ÉCLAIRÉ.




COMMENT POUVEZ-VOUS  
AFFIRMER QUE MON  
MAMI VOUS A DONNÉ  
SON ACCORD

ALORS QU'IL  
N'A PLUS  
TOUTE  
SA TÊTE?



ON N'A  
PLUS LE  
TEMPS  
D'ATTENDRE  
QU'IL LA  
RETROUVE.



JE REFUSE  
LES SOINS.

IL A BU?





Dr Michèle Lévy-Soussan UMASP  
Pitié Salpêtrière



Dr Michèle Lévy-Soussan UMASP  
Pitié Salpêtrière



Dr Michèle Lévy-Soussan UMASP  
Pitié Salpêtrière



© Musée de la Ville de Paris / Musée de la Ville de Paris / Musée de la Ville de Paris



**C'EST  
LA VIE!**

# **VANITÉS**

**DE CARAVAGE À DAMIEN HIRST  
3 FÉVRIER / 28 JUIN 2010**

**MUSÉE MAILLOL** 61, RUE DE GRENELLE PARIS 75007  
OUVERT TOUS LES JOURS SAUF MARDI DE 10H30 À 19H - NOCTURNE LE VENDREDI JUSQU'À 21H30

Dr Michèle Lévy-Soussan UMASP  
Pitié Salpêtrière



## **Characteristics of patients who refuse do-not-resuscitate orders upon admission to an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center.**

**[Parsons HA](#), [Bruera E](#) et al. M. D. Anderson Cancer Center, USA.**

### **BACKGROUND:**

Refusal of appropriately indicated do-not-resuscitate (DNR) orders may cause harm and distress for patients, families, and the medical team. We conducted a retrospective study to determine the frequency and predictors of refusals of DNR in advanced cancer patients admitted to an acute palliative care unit.

### **METHODS:**

A total of 2538 consecutive admissions were reviewed. Demographic and clinical characteristics from 200 consecutive patients with DNR orders and 100 consecutive patients who refused DNR were collected, and differences between the groups were determined by MR and recursive partitioning analysis.

### **RESULTS:**

Of 2538 admissions, 2530 (99%) were appropriate for DNR discussion. Of the 2530 admissions, 2374 were unique patients, and 100 (4%) of 2374 refused DNR. Refusers had median pain of 7 (4-9) versus 5 (3-8,  $P = .0005$ ), nausea of 2 (0-7) versus 1 (0-4,  $P = .05$ ), and dyspnea of 1 (0-5) versus 4 (0-7,  $P = .002$ ) as compared with DNR nonrefusers, respectively. Patients with hematological malignancies and advance directives had a lower DNR refusal risk (odds ratio [OR], 0.38;  $P = .02$ , and OR, 0.36;  $P < .0001$ , respectively). Patients with moderate-severe pain (OR, 3.19;  $P = .002$ ) and with no advance directives (OR, 2.94;  $P < \text{or} = .001$ ) had higher DNR refusal risk. There were more inpatient deaths among DNR nonrefusers (87 of 200 vs 1 of 100,  $P < .0001$ ). Median (IQR) time from discharge to death was 18 (8-35) days for those with DNR orders and 85 (25-206) days for DNR refusers ( $P < \text{or} = .0001$ ).

### **CONCLUSIONS:**

DNR refusal in patients admitted to the acute palliative care unit is low, more frequent in patients with more pain and nausea and no advance directives, and associated with longer survival. This study demonstrates possible predictors of complicated DNR discussions.