

	DMU - SAMU 49 - Centre 15	0795-PR-DEC-05
	Procédure de Régulation	
	Refus de soins et/ou d'évacuation	
		V2 31/03/2019
		Version initiale 23/05/2018

Rédaction principale	Validation
M. Delori - PH - SAMU 49, DMU	F. Templier - PH Chef de Service - SAMU 49

PREAMBULE

Aucun acte de soin ne peut être pratiqué sans le consentement du patient. Le praticien doit respecter la volonté de la personne de refuser un soin, mais doit s'assurer de la délivrance d'une information claire et loyale notamment sur les conséquences prévisibles de ce refus. Ainsi il devra "tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins".

Il doit s'assurer de la capacité du patient à consentir, impossible si ivresse, prise de toxiques ou de stupéfiants, troubles psychiatrique, minorité, tutelle...

Enfin, il devra en cas de refus d'un soin, s'assurer d'une prise en charge médicale optimum et inviter le patient à revenir sur sa décision.

OBJECTIFS

- Rappeler les aspects médico-légaux principaux encadrant les refus de soins
- Décrire la conduite à tenir par l'ARM et le médecin régulateur
 - ✓ En cas de refus du type de soins et/ou secours proposé par le médecin régulateur (Ambulance, sapeurs-pompiers, médecin généraliste).
 - ✓ En cas de refus d'évacuation par le moyen de transport non médicalisé présent sur place (Ambulance, sapeurs-pompiers), ou si SMUR sur place, en appui si besoin du médecin SMUR.
- Décrire la procédure à réaliser en cas de refus de soins et/ou d'évacuation pour les patients mineurs, incapables majeurs ou inapte à consentir pour raison médicale (intoxication, pathologie psychiatrique).

1) Aspects médico-légaux

- Le risque médico-légal d'un dysfonctionnement existe en cas de procédure non suivie, d'une organisation défaillante, d'actes qui n'auraient pas dû être délégués. Toutefois, le critère principal de jugement est le bénéfice que le patient aurait pu tirer de la stratégie adoptée.

- Le consentement oral du patient est indispensable avant tout acte de soins.

- Le refus de soins est défini comme l'absence de consentement du patient à la réalisation d'une décision concernant sa santé.

Article L. 1111-4 du code de la santé publique : "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(...).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".

- Le praticien ne s'exposera pas au risque de non-assistance à personne en péril si l'information est correctement apportée et que le patient est en capacité à consentir.

- En pratique, on définit 3 cadres possibles dans le refus de soins :

- Personne apte à faire un refus
- Mineur OU majeur sous tutelle et sous mandat de protection
- Personne non apte à consentir

2) Rôles et Principes généraux à respecter

2-1) Rôle de l'ARM

En cas de refus de l'appelant de donner ses coordonnées

1. Créer un dossier de régulation avec les éléments pouvant être recueillis, notamment le numéro d'appel
2. Informer le patient du but des démarches administratives
3. Déterminer motif de l'appel et prioriser
4. Transférer au médecin régulateur urgentiste, quelque soit le niveau de priorisation

En cas de refus d'évacuation par un patient (vecteur de transport ambulance - VSAV sur place)

1. Prévenir l'intervenant de la nécessité de valider ce refus par le médecin régulateur
2. Transférer au médecin régulateur ayant décidé le moyen (MRU ou MRG). En cas de dossier n'ayant pas pu faire l'objet d'une régulation médicale initiale, transférer au MRU.

2-2) Rôle du médecin régulateur (MRU ou MRG)

La démarche doit être réalisée au moyen d'un échange téléphonique direct avec le patient, et qui est enregistré

1. Rester dans la bienveillance, ne pas juger.
2. Déterminer la capacité du patient à consentir. **Si inapte, le refus de soins ne peut plus être accepté.**
3. **Analyser** ce refus : Identifier et préciser refus de soins et/ou refus d'évacuation, et les motifs invoqués.
4. Etre dans le respect des **règles de droit** :
 - **Information claire et loyale et appropriée au patient** : sur les conséquences médicales du refus et sur les **risques** prévisibles consécutifs à l'absence de soin.
 - Information partagée avec les proches (famille ou personne de confiance) **seulement** avec l'accord du patient (s'il est en capacité de le donner).
 - Prendre le temps de convaincre le patient de la nécessité d'un soin ou d'une évacuation, et cela d'autant plus lorsque le refus expose le patient à un risque élevé.
 - Ne pas accepter trop rapidement le refus et donc nécessité que le refus soit réitéré.
 - Une fois confirmé, respecter le refus sans être culpabilisateur.
 - **Déterminer les soins nécessaires dans le respect de son refus et les indiquer et/ou les prescrire.**
 - Tracer le refus et les informations données au patient (dossier de régulation médicale, enregistrement des conversations, décharge par effecteur).
 - Encourager le patient à revenir sur sa décision et lui indiquer alors la démarche à avoir.

3) Démarche selon les différentes situations "type"

Toutes ces situations sont à gérer par le médecin régulateur en charge du dossier. Pour autant, dans les situations complexes, un avis partagé entre 2 médecins régulateurs, urgentistes ou généralistes, voire avec le médecin SMUR est souhaitable

3-1) Personne apte à faire un refus

Refus de l'envoi d'un effecteur, indiqué pour une évacuation vers un établissement de santé

1. En cas de signes de gravité, et malgré le refus, engager les moyens de secours adaptés :
 - VSAV en prompt-secours, ou VSAV / ambulance selon la situation (critère de lieu).
 - +/- SMUR (selon degré de gravité).
2. Sinon, identifier le risque évolutif et proposer lorsque c'est possible un autre effecteur pouvant bénéficier au patient :
 - Médecin généraliste (du patient, de garde dont SMUGA) si c'est possible (*Vigilance pour l'envoi du médecin traitant et ne pas s'engager avant d'avoir pu le joindre et recueillir son accord*).
 - SMUR si risque évolutif grave ET/OU acte diagnostic ou thérapeutique nécessaire possible par le SMUR (Exemple : douleur thoracique avec refus d'envoi d'une ambulance = SMUR pour ECG).
3. Si refus persistant, appliquer les règles générales (Cf. supra : information et traçabilité) et acter le refus.

Cas particulier = patient refusant de parler au médecin régulateur :

Si le patient refuse de parler au médecin régulateur, l'empêchant d'évaluer directement la situation, appliquer le principe de précaution et au moindre doute, engager un moyen secouriste après décision du MRU.

Refus d'évacuation, en présence d'une ambulance ou d'un VSAV

1. Distinguer refus ET transport non nécessaire, en s'appuyant sur les éléments transmis par l'effecteur et après nouveau contact avec le patient
2. En situation de refus, identifier le risque évolutif et proposer une réponse médicale possible, adaptée et pouvant bénéficier au patient :
 - Médecin généraliste (du patient, de garde dont SMUGA) si c'est possible (*Vigilance pour l'envoi du médecin traitant et ne pas s'engager avant d'avoir pu le joindre et recueillir son accord*)
 - SMUR si risque évolutif grave ET/OU acte diagnostic ou thérapeutique nécessaire possible par le SMUR (Exemple : douleur thoracique évocatrice d'un syndrome coronarien avec refus d'envoi d'une ambulance = SMUR pour ECG)
3. Si refus persistant, appliquer les règles générales (cf. supra : information et traçabilité) et acter le refus

Refus d'évacuation, en présence d'un SMUR

1. Appliquer la démarche générale, mise en œuvre par le médecin du SMUR. La traçabilité du recueil du consentement éclairé et de sa bonne compréhension repose sur la rédaction du document SMUR "DÉCLARATION DE REFUS DE SOINS ET/OU D'ÉVACUATION VERS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ" :
 - Faire remplir de façon manuscrite par le patient les éléments médicaux transmis et précisant les risques.
 - Faire signer le patient, le médecin SMUR ainsi que 2 témoins dont les identités sont notées.
 - Garder l'original avec le dossier SMUR et laisser le double au patient.
2. Le cas échéant, rédiger une ordonnance pour permettre la mise en route d'une thérapeutique.

Cas particulier = Risque vital pour le patient et refus persistant (A gérer par le MRU) :

Dans les situations avec risque évolutif vital pour le patient, il est recommandé de tout mettre en œuvre pour convaincre le patient et si nécessaire, impliquer les proches (famille, personne de confiance) et d'autres praticiens dans la décision (MRU, réanimateur, spécialiste référent, médecin généraliste, équipe paramédicale...).

L'appel au MRU permet de confirmer au patient les risques et la conversation est alors enregistrée.

Le choix du patient doit être respecté. Toutefois, en cas d'urgence vitale et en l'absence d'alternative thérapeutique à une évacuation ou un soin non consentis, la jurisprudence a parfois considéré que le fait de ne pas avoir respecté les souhaits du patient n'était pas reconnu comme fautif.

3-2) Refus pour un mineur OU un majeur sous tutelle et sous mandat de protection

Majeur sous tutelle

"Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché si il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision" (article L1111-4 du CSP)

1. Le médecin doit cependant s'efforcer de recueillir le consentement du tuteur,
2. En cas de refus du patient et du tuteur, et en l'absence de risque vital :
 - Le choix du tuteur doit être respecté et recueilli avec la même démarche que pour tout patient,
3. Le médecin peut toutefois se passer de l'accord du tuteur, et contraindre le patient aux soins :
 - Si le refus du tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du patient.
 - En cas d'urgence et en l'absence du tuteur, (si les soins doivent être donnés sans délais).

Mineur en âge de consentir

(Âge non défini dans la loi, selon degré de maturité et selon son niveau de compréhension)

"Le consentement doit toujours être recherché, le mineur doit être associé à la décision médicale" (article L1111-4 du CSP)

1. Pour tous les soins, l'obtention de l'accord des titulaires de l'autorité parentale est nécessaire. Ainsi leur avis doit systématiquement être recherché:
 - Un des 2 parents pour les soins courants, y compris recueilli verbalement.
 - Pour des urgences plus graves, l'information et/ou l'accord des 2 parents est préférable.
 - Si situation de soins immédiats indispensables : mise en route de ces soins et transport du mineur, et réévaluation spécialisée dans la structure d'accueil.
2. Si refus du mineur, il sera soigné selon la décision de représentant légal, tant que leur choix n'est pas source de danger pour ce dernier.
3. Si refus du représentant de l'autorité parentale :
 - En l'absence de risque vital, le refus du représentant doit être respecté et recueilli comme d'habitude.
 - En cas de mise en danger de la vie du mineur, le médecin pourra passer outre. Il informera alors le procureur de la république.
4. Si absence de majeur responsable, soins **urgents** débutés avec orientation vers la structure d'accueil. L'absence du titulaire de l'autorité parentale ne doit pas retarder la prise en charge médicale urgente (article R 4127-42 du CSP)

3-3) Refus d'un patient présentant une pathologie psychiatrique sans intoxication associée

Le recueil du consentement n'est pas recevable.

Se reporter à la procédure "Filière Urgences psychiatrique"

3-4) Refus d'un patient présentant une intoxication (dont alcoolisation) avec ou sans pathologie psychiatrique

Le recueil du consentement n'est pas recevable.

Situation n° 1 : Risque évolutif important

1. Envisager une évacuation sans l'accord du patient, sans pour autant mettre en œuvre une contention physique prolongée et maltraitante.
2. Si nécessaire, engager un SMUR pour évaluer +/- mettre en place une sédation médicamenteuse.

Situation n° 2 : Risque évolutif faible et patient pouvant être surveillé par une personne apte

1. Acter le fait que le patient peut ne pas être évacué.
2. Identifier la personne apte à le surveiller.
3. Préciser à cette personne les critères de surveillance et les éléments devant faire rappeler le Centre 15.

Situation n° 3 : Patient alcoolisé sur voie publique (A gérer par le MRU)

La démarche à appliquer dans cette situation n°3 n'a pas encore fait l'objet d'une procédure conjointe avec la Police ou la Gendarmerie. En cas de difficulté, le MRU doit savoir adapter sa décision de façon non conflictuelle et dans un objectif de sécurisation du patient.

1. Déterminer le profil du patient :
 - a. Patient pouvant être laissé sur place :
 - Alcoolisation isolée (Pas de prise d'autres toxiques),
 - ET Absence de troubles francs de la vigilance,
 - ET Patient capable de se déplacer seul ou avec l'aide légère d'un tiers,
 - ET Présence d'un proche apte à le surveiller (majeur, non alcoolisé, non intoxiqué).
 - b. Patient devant être confié aux forces de Police - Gendarmerie pour surveillance en cellule de dégrisement :
 - Alcoolisation isolée (Pas de prise d'autres toxiques),
 - ET Absence de troubles francs de la vigilance,
 - ET Incapacité du patient à se déplacer seul ou avec l'aide légère d'un tiers OU absence de proche apte à le surveiller (majeur, non alcoolisé, non intoxiqué).
 - ET Absence de comorbidité nécessitant un traitement ne pouvant pas être interrompu (Aucun traitement possible en cellule de dégrisement)
 - c. Patient devant être évacué par un VSAV :
 - Patient alcoolisé
 - ET ne rentrant pas dans les critères a. OU b.
2. Adapter la conduite à tenir en fonction de ce profil :
 - a. Pour les patients pouvant être laissé sur place (Profil a.) :
 - Informer le proche et lui préciser les critères de surveillance et les éléments devant faire rappeler le Centre 15.
 - b. Pour les patients devant être confiés aux forces de Police - Gendarmerie (Profil b.)
 - Contacter la Police ou la Gendarmerie (MRU) pour leur demander d'intervenir dans ce cadre, ou, en cas d'équipe déjà sur place, leur indiquer la décision en l'expliquant.
 - Confier le patient aux forces de Police - Gendarmerie.
 - c. Pour les autres patients (Profil c.) :
 - Confier le patient au VSAV.