

SAUVER DES VIES À TOUT PRIX ?

RÉANIMATION EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL, CONSIDÉRATIONS MÉDICALES, ÉTHIQUE ET LÉGALES

SUSANNA MARTI



IMPRESSUM

Éditeur

CURAVIVA Suisse
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone 031 385 33 33
info@curaviva.ch
www.curaviva.ch

Rédactrice

Susanna Marti

Ce rapport a été rédigé par Susanna Marti, licenciée en droit, à l'initiative de CURAVIVA Bâle-Ville pour le compte de CURAVIVA Suisse.

Photo: istockphoto

Layout: !frappant, Berne

Édition: Juni 2019

SAUVER DES VIES À TOUT PRIX ?

RÉANIMATION EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL, CONSIDÉRATIONS MÉDICALES, ÉTHIQUE ET LÉGALES

Table des matières

1	Introduction	6
1.1	Droit à l'autodétermination versus obligation de traitement	7
2	Conditions cadre	8
2.1	Séjour dans un établissement médico-social	9
2.2	Arrêt cardio-vasculaire	10
2.3	Protection de l'adulte	11
2.3.1	Directives anticipées du patient	11
2.3.2	Constitution et teneur des directives anticipées du patient	11
2.3.3	Procédure en cas d'incapacité de discernement	11
2.4	Aspects relevant du Code pénal	13
2.4.1	Non-assistance à personne en danger	13
2.4.2	Assistance au suicide	13
2.5	Situation dans les établissements médico-sociaux	15
3	Amorces de solution	16
3.1	Clarifier la position de l'institution face aux mesures de réanimation	17
3.2	Dispositions internes à l'institution	17
3.3	Communication transparente avec les nouveaux résidents	18
3.4	Directives anticipées du patient, possibilités de mise en œuvre dans les établissements médico-sociaux	19
4	Bibliographie	20

1

Introduction

1.1 Droit à l'autodétermination versus obligation de traitement

L'article 10 de la Constitution fédérale définit les principes de base déterminants pour la législation dans le domaine de la santé. Ainsi, toute personne a droit à la vie et à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique.

Les interventions ou traitements médicaux peuvent compromettre l'intégrité physique ou psychique du patient¹, raison pour laquelle ils ne peuvent être réalisés qu'avec l'accord du patient ou de la personne qui le représente, sauf dans certaines situations exceptionnelles dont il ne sera pas question ici². Alors qu'autrefois les décisions relatives à des traitements médicaux urgents étaient souvent déléguées au médecin, le droit à l'autodétermination a entre-temps accordé un rôle central au patient lui-même, pour ce qui concerne son traitement. La révision du droit de protection de l'enfant et de l'adulte³ a également été basée sur cette approche.

Le droit de chacun à l'autodétermination entre ainsi potentiellement en conflit avec l'obligation de traitement du médecin. De plus, l'art. 128 du Code pénal punit celui qui n'aura pas prêté secours à une personne en danger de mort imminent, alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui, compte tenu des circonstances. Ci-après, nous nous penchons sur la question des intérêts divergents dans le cas d'une réanimation dans un établissement médico-social.

1 Dans le but de faciliter la lecture, le masculin générique est employé pour désigner les personnes des deux sexes.

2 Par exemple : soins médicaux en cas de troubles psychiques dans le cadre d'un accommodement social (Art. 434 CC).

3 Art. 360 ss CC (protection de l'adulte).

2

Conditions cadre

2.1 Séjour dans un établissement médico-social

Avant l'entrée dans un établissement médico-social, un contrat est normalement conclu avec celui-ci. Selon l'art. 382 CC, l'assistance apportée à une personne incapable de discernement résidant pendant une période prolongée dans un établissement médico-social doit faire l'objet d'un contrat écrit. Dans ce cadre, il y a lieu de définir les prestations à fournir par l'établissement et la rémunération correspondante. La loi parle « d'établissement médico-social ou de home (institutions) ».

Ces institutions s'engagent à loger, nourrir, accompagner et soigner les personnes âgées contre rémunération. Ces points, complétés par les noms des personnes habilitées à représenter le résident incapable de discernement, sont généralement réglés dans un contrat avec l'institution. L'art. 386 al. 3 CC garantit également le libre choix du médecin, à moins que de justes motifs ne s'y opposent.

Contrairement à un établissement médico-social, un hôpital prend en charge les patients dans des situations d'urgences et a pour but qu'ils puissent quitter l'hôpital dans un meilleur état de santé, le plus rapidement possible. Alors que le traitement médical est prioritaire dans un hôpital, l'établissement médico-social veille prioritairement à assurer à ses résidents une qualité de vie optimale, « comme à la maison ». Dans ce cadre, il s'agit de leur offrir un soutien optimal pour leur autonomie, tout en respectant leur liberté personnelle et leur dignité, et en assurant des soins, un accompagnement et une assistance optimaux.

2.2 Arrêt cardio-vasculaire

En Suisse, environ 65 000 personnes meurent chaque année selon l'Office fédéral de la statistique. Dans l'ensemble de la population, la cause la plus fréquente du décès est un arrêt cardio-vasculaire, lié le plus souvent à une grave maladie préexistante.⁴ Pour un nombre de personnes dix fois plus petit-il s'agit d'une estimation car aucune statistique n'est disponible, l'arrêt cardio-vasculaire intervient toutefois sans symptômes avant-coureurs alarmants.⁵

Sur la base des innombrables séries télévisées se déroulant en milieu hospitalier, on pourrait avoir l'impression que les chances de poursuivre une vie sans séquelles neurologiques et ne requérant pas de soins particuliers après une réanimation sont élevée et, par conséquent, avoir des attentes peu réalistes. Le taux de survie statistique de moins de dix pour cent après un arrêt cardio-vasculaire survenu en dehors d'un hôpital montre toutefois que les scénarios de ces séries sont très loin de la réalité.⁶

Outre la cause de l'arrêt cardio-vasculaire et la rapidité avec laquelle intervient une procédure correcte de réanimation, l'état de santé antérieur est également déterminant pour l'évaluation des chances de succès d'une réanimation. Comme les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs problèmes de santé, les chances de succès d'une réanimation sont réduites. Par ailleurs, on relèvera également que la seule survie, dans le sens du rétablissement des fonctions cardio-vasculaires, ne peut guère être qualifiée à elle seule de succès. Si des organes importants ne peuvent pas être réapprovisionnés rapidement et suffisamment en oxygène, le patient risque de souffrir de séquelles importantes, pouvant aller d'une qualité de vie réduite à une dépendance complète.

Dans ces circonstances, on peut se demander si les professionnels de la santé doivent dans tous les cas se soumettre à leur obligation de sauver la vie des patients, dans la mesure où ils sont également tenus de ne pas nuire à leurs patients.

4 Office fédéral de la statistique (OFS), 2018.

5 Académie suisse des sciences médicales (ASSM), 2017., p. 5.

6 Kalbermatten-Casarotti et al., 2012, p. 7.

2.3 Protection de l'adulte

2.3.1 DIRECTIVES ANTICIPÉES DU PATIENT

Le droit de la protection de l'adulte, entrée en vigueur le premier janvier 2013, a renforcé le droit à l'autodétermination concernant les traitements médicaux. Un rôle central est notamment accordé aux directives anticipées du patient, désormais réglementées au niveau du droit fédéral.

2.3.2 CONSTITUTION ET TENEUR DES DIRECTIVES ANTICIPÉES DU PATIENT

En vertu de l'art. 370 al. 1 CC, toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement. La formulation de cet article de loi montre qu'il n'y a pas d'obligation de rédiger des directives anticipées du patient. La liberté de la personne concernée de ne pas rédiger de directives anticipées et donc de renoncer à faire valoir un droit strictement personnel doit également être respectée. L'entrée en institution ne peut par conséquent pas être soumise à l'existence de directives anticipées du patient.

La législation prévoit que les directives anticipées du patient soient mises par écrit et qu'elles soient datées et signées. La personne concernée peut donc utiliser des directives anticipées pré imprimées établies par une organisation ou rédiger avec ses propres mots ses souhaits en matière de traitements médicaux.

Afin de faciliter la localisation des directives anticipées, il est possible de mentionner leur existence ainsi que leur lieu de dépôt sur la carte d'assuré de l'assurance-maladie par exemple. En vertu de la législation, seule une personne capable de discernement a la possibilité de régler ainsi ses souhaits concernant les traitements médicaux qu'elle souhaiterait recevoir dans certaines situations définies au préalable. Au sens de l'art. 16 CC, toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement est considérée comme capable de discernement. Pour que des directives anticipées du patient soient juridiquement valables, la personne qui les établit doit être capable de discernement au moment de leur constitution.

Pour pouvoir prendre une décision pour ou contre des traitements médicaux, le patient a généralement besoin d'informations étendues. Seul un patient informé peut se prononcer pour ou contre des traitements médicaux envisageables dans une situation donnée.

La teneur des directives anticipées du patient n'est pas réglementée dans la législation et dépend dans une grande mesure de la situation de vie de la personne concernée et de ses valeurs fondamentales. Le degré de détail des directives anticipées du patient est également libre, mais il va de soi qu'il est utile d'y définir sa position face à des situations données, par exemple face aux traitements de maintien en vie.

2.3.3 PROCÉDURE EN CAS D'INCAPACITÉ DE DISCERNEMENT

En présence de directives anticipées du patient juridiquement valables d'une personne entre-temps incapable de discernement, celles-ci sont contraignantes, pour autant qu'il n'y ait pas de doutes justifiés quant à leur correspondance avec la volonté présumée actuelle du patient (cf. ch. 3.4). Si une personne devenue incapable de discernement ne s'est pas exprimée précédemment quant aux traitements médicaux auxquels elle consent ou non, les traitements médicaux doivent être discutés avec la personne éclairée et informée, habilitée à représenter la personne incapable de discernement. Pour le cas où le patient incapable de discernement n'a pas désigné de personne habilitée à le représenter, le législateur a défini une série de personnes pouvant être habilitées à représenter le patient et à consentir ou non aux traitements médicaux ambulatoires ou en milieu institutionnel (art. 378 CC). La procédure décrite ne pose pas de problème quant aux décisions concernant les mesures médicales non urgentes.

Du fait qu'en cas d'arrêt cardio-vasculaire on ne dispose pas du temps nécessaire pour contacter une personne habilitée à représenter le patient, le médecin doit administrer les traitements médicaux conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement (art. 379 CC). En cas de doute,

les mesures de réanimation doivent toutefois être engagées sans délai.

La protection de l'adulte accorde, uniquement aux personnes capables de discernement, le droit d'établir des directives anticipées, avec la possibilité de consentir ou non à des procédures médicales concrètes. La question se pose donc de savoir si une personne habilitée à représenter un patient peut ou non décider à l'avance de la réanimation de celui-ci dans une situation donnée. Bien que la décision de la procédure à mettre en œuvre en cas d'arrêt cardio-vasculaire relève d'un droit strictement personnel, cela ne doit pas, à mon sens, conduire à ce qu'une personne habilitée à représenter un patient incapable de discernement ne puisse pas décider des procédures médicales qui doivent être mises en œuvre.

S'il était interdit à une personne habilitée à représenter un patient incapable de discernement de définir à l'avance si ce patient doit être réanimé ou non dans une situation donnée, ce serait en dernière instance au personnel médical de prendre la décision, afin de ne pas s'exposer au délit de non-assistance à personne en danger. Dans ce sens, une personne incapable de discernement serait désavantagée par rapport à une personne capable de discernement, concernant sa liberté de choix, ce qui, à mon sens, n'a pas été voulu par le législateur. Dans ce cadre, on notera que le législateur n'a pas octroyé de liberté de décision à la personne habilitée à représenter le patient. L'art. 378, al. 3 CC prévoit, au contraire, explicitement que la personne habilitée à représenter le patient doit décider selon la volonté présumée et l'intérêt du patient incapable de discernement.⁷

La volonté présumée d'une personne quant au suivi de procédures médicales concrètes n'est pas toujours simple à déterminer. Et ce, particulièrement, lorsque la décision revient à un curateur n'ayant pas de relation étroite avec la personne concernée. D'un autre côté, une personne habilitée à représenter le patient et

proche de celui-ci peut tout à fait donner des indications pertinentes quant aux valeurs fondamentales et à la philosophie de la personne incapable de discernement. Le médecin de famille et les parents de la personne peuvent également être des sources d'information utiles dans ce sens.

Les convictions religieuses et l'appartenance culturelle de la personne incapable de discernement permettent également de concrétiser la volonté présumée du patient. La philosophie de la personne habilitée à représenter le patient ne doit bien entendu pas interférer dans la décision concrète relative aux procédures médicales. Par ailleurs, il est toujours difficile d'évaluer de l'extérieur la qualité de vie d'une personne incapable de s'exprimer clairement à ce sujet. Même si l'avis d'une personne habilitée à représenter le patient doit être consigné dans le dossier du patient, il n'a pas le même poids que des directives anticipées, pour lesquelles la forme écrite est exigée. Et pourtant, l'avis de la personne habilitée à représenter le patient peut fournir des indications importantes sur la manière de réagir dans une situation donnée, sans devoir confier entièrement la décision au médecin. Si la personne habilitée à représenter le patient dispose d'indications univoques concernant la volonté présumée du patient incapable de discernement face à une décision médicale, la dérogation à ces indications doit être clairement justifiée par le personnel médical.

Si une personne n'a jamais été capable de discernement, sa volonté présumée ne peut pas être déterminée. Dans un tel cas, les procédures médicales indiquées doivent être attribuées à la volonté présumée du patient et mises en œuvre en conséquence, en tenant compte de la situation générale. L'état de santé préalable du patient, de même que le risque potentiel de souffrir de lourdes séquelles des suites d'une réanimation sont les éléments fondamentaux contribuant aux décisions médicales.

⁷ BSK CC, art. 378 N 12.

2.4 Aspects relevant du Code pénal

2.4.1 NON-ASSISTANCE À PERSONNE EN DANGER

L'art. 128 du Code pénal (CP) punit celui qui n'a pas prêté secours à une personne en danger de mort imminent, alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui, étant donné les circonstances. Il est évident qu'une personne en arrêt cardio-vasculaire est en danger de mort imminent. Cet article peut sanctionner toute personne en mesure d'apporter une aide judiciaire dans cette situation concrète.⁸ Celui qui met en œuvre des procédures qu'il est en mesure d'identifier et de réaliser ne sera pas puni, même s'il s'avère par la suite que d'autres mesures auraient été plus à même d'écarter le danger de mort.

Par ailleurs, seule doit être apportée l'aide que l'on peut raisonnablement exiger. Si les personnes sensées fournir leur aide n'étaient pas impliquées dans l'événement ayant causé le danger de mort imminent, les exigences posées aux personnes aidantes sont moins élevées.⁹ Le fait d'alerter immédiatement les services sanitaires d'urgence répond en général à l'exigence d'assistance prévue par la loi.

Le personnel médical fait l'objet d'exigences plus élevées concernant les traitements médicaux à mettre en œuvre, ce qui ne signifie toutefois pas que sa responsabilité soit engagée si la vie de la victime ne peut pas être sauvée.

En présence de directives anticipées du patient précisant un refus de réanimation, on respectera ces directives et on renoncera à des traitements de maintien en vie. Les directives anticipées du patient sont contraignantes, dans la mesure où le personnel médical ayant connaissance de ces directives et ne les respectant pas court le risque de remplir les conditions du délit de lésions corporelles.

Si la position de la victime concernant les mesures de réanimation n'est pas connue, on présumera fonda-

mentalement de sa volonté d'être réanimée, afin de ne pas s'exposer au délit de non-assistance à personne en danger.¹⁰ Si, après l'engagement des mesures correspondantes, il s'avère que la victime ou la personne habilitée à la représenter s'était prononcée contre des mesures de réanimation, par exemple parce que les directives anticipées du patient ont entre-temps pu être consultées, les efforts de réanimation doivent en principe être arrêtés.

2.4.2 ASSISTANCE AU SUICIDE

Le Code pénal considère l'euthanasie active directe comme un meurtre. Même celui qui, pour des motifs honorables, notamment la compassion, aura donné la mort à une personne, à la demande sérieuse et instantane de celle-ci, sera puni, toutefois moins sévèrement. Même si on peut débattre de la question controversée de savoir si le meurtre d'une personne en fin de vie ayant sérieusement demandé à mourir peut, compte tenu des circonstances, être justifié, la jurisprudence actuelle rejette toute impunité pour l'euthanasie active directe. A contrario, l'administration de traitements réduisant la douleur mais diminuant la durée de vie, par exemple l'injection d'antalgiques puissants dont les effets secondaires vont entraîner une mort rapide, est admissible, malgré le fait que ces traitements remplissent au fond les conditions du délit de meurtre par dol éventuel. Cette aide active indirecte ne peut toutefois être justifiée et n'a de conséquences pénales que si le but des traitements médicaux consiste à soulager le patient face à son décès imminent.¹¹

Une euthanasie passive se caractérise par le fait que les mesures nécessaires pour éviter ou retarder la mort de la personne concernée ne sont pas prises ou sont arrêtées. Seules peuvent s'en rendre coupables les personnes occupant une position de garant, comme le médecin face à son patient. De plus, il faudrait pour cela qu'il soit très probable que la mort

8 Niggli & Wiprächtiger, 2018, art. 128 N 35 CP.

9 Niggli & Wiprächtiger, 2018, art. 128 N 44 CP.

10 ASSM, 2017, p.16.

11 Gächter & Rütsche, 2018, N 356.

ne soit pas survenue si les mesures de maintien en vie avaient été prises.

En présence de directives anticipées du patient rejetant une réanimation, le médecin est tenu de les respecter. Dans le cas contraire, l'autodétermination céderait la place à la détermination par un tiers, ce qui n'a pas été souhaité par le législateur.¹² Toutefois, même dans le cas où la volonté présumée de la personne concernée ne peut pas être déterminée, le devoir du garant et, partant, la potentielle condamnation du médecin n'ont plus lieu d'être si les procédures médicales ne permettent pas d'espérer un retardement sensible de la mort, si elles occasionnent des coûts disproportionnés ou encore si elles ne peuvent pas être raisonnablement exigées de la part du médecin et de la clinique.¹³

Concernant ce qui est permis et exigé en matière d'assistance au suicide, des points de repère peuvent être trouvés dans les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM). L'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) préconise pour l'ensemble du personnel soignant de connaître et d'appliquer leurs directives et recommandations médico-éthiques, notamment celles publiées sous le titre Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance.¹⁴ Il en va de même pour celles contenues dans le document intitulé Décisions de réanimation¹⁵. Ces directives font également partie du Code de déontologie de la Fédération des médecins suisses (FMH).

La Loi sur la santé publique du canton de Bâle-Ville du premier janvier 2012¹⁶ précise, sous le titre « Traitement palliatif », au § 16 al. 2, que le médecin atténue les souffrances et les douleurs des patients en fin de vie, même si cela peut avoir une influence sur la durée de vie du patient. En d'autres termes, cela légitime l'euthanasie active indirecte. Le § 18 de cette même loi précise qu'en cas d'incapacité de discernement et de diagnostique engageant le pronostic vital, l'arrêt des mesures de maintien en vie ou le renoncement à celles-ci est admissible si, compte tenu de la souffrance du patient, la poursuite du maintien en vie ne peut raisonnablement pas être exigée. Ceci est applicable sous réserve de toute disposition contraire du patient dans ses directives anticipées.

Avec ces dispositions légales, le législateur donne au médecin une aide concrète à la prise de décision, qui peut indéniablement s'avérer utile face à la question de réanimer ou non un patient.

12 Message concernant la révision du code civil suisse, p.7033.

13 Gächter & Rüttsche, 2018, N 359.

14 ASSM, 2014.

15 ASSM, 2017.

16 Gesundheitsgesetz Basel-Stadt.

2.5 Situation dans les établissements médico-sociaux

Chaque établissement médico-social a sa propre philosophie. Concernant les personnes incapables de discernement, qui séjournent pendant une longue période dans une institution, médicalisée ou non, la loi prescrit la conclusion d'un contrat écrit avec l'institution, définissant les prestations de celle-ci. Dans ce cadre, les souhaits de la personne concernée doivent être pris en compte dans la mesure du possible. Même si la loi ne le prévoit pas explicitement, la philosophie et le concept thérapeutique doivent bien entendu également être abordés avec les personnes capables de discernement dans le cadre d'une communication la plus transparente possible. Cela comprend également la position de l'institution concernant les mesures de réanimation.

Chaque institution devrait mener des réflexions de fond sur sa position concernant les mesures de réanimation. Cette position ne dépend pas uniquement de la philosophie de l'établissement, mais doit aussi tenir compte de la situation personnelle du résident. Comme le libre choix du médecin est garanti par la loi pour les résidents, toutes les institutions ne possèdent pas une permanence médicale sur place, notamment lorsqu'il s'agit d'établissements pour personnes âgées. Il convient donc d'examiner attentivement si l'ensemble du personnel est en mesure d'effectuer correctement des mesures de réanimation, de manière à ce que cette prestation puisse être réalisée dans le cadre des prestations proposées.

Dans le cas où les mesures de réanimation seraient refusées, les futurs résidents doivent en être informés. Il serait alors utile d'indiquer la procédure concrète en cas d'arrêt cardio-vasculaire. Si on précise que les urgences sont appelées, avec transfert consécutif dans un hôpital de soins aigus, et que le personnel

soignant engage les premiers soins jusqu'à l'arrivée de l'ambulance, un résident potentiel peut se représenter concrètement ce qui se passera. Dans ce cadre, il est également important d'indiquer qu'un refus des mesures de réanimation ne signifie pas que les procédures ou l'accompagnement destinés à réduire la souffrance ne seront pas mis en place.

Une brochure décrivant les chances et les risques d'une réanimation est susceptible de fournir des informations fondamentales et d'éviter les malentendus ou les attentes excessives. Si l'institution communique clairement son refus des mesures de réanimation, les résidents potentiels qui ne partagent pas cette position ont la possibilité de choisir un autre établissement qui corresponde mieux à leurs attentes. Comme il y a souvent de longues listes d'attente, il serait judicieux que les résidents potentiels puissent s'informer assez tôt de la philosophie des différentes institutions. Si des mesures de réanimation sont proposées, il est souhaitable d'édicter des instructions internes concernant la procédure concrète. Les collaborateurs doivent également être formés régulièrement aux mesures de réanimation.

3

Amorces de solution

3.1 Clarifier la position de l'institution face aux mesures de réanimation

Il convient d'abord de déterminer si les conditions nécessaires sont réunies dans l'institution pour effectuer des mesures de réanimation. Des aides pour décider si la réanimation en tant qu'acte médical doit être proposée sont par exemple proposées dans les directives et recommandations médico-éthiques de l'ASSM, notamment celles intitulées Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance¹⁷ et Décisions de réanimation.¹⁸ Ces directives de l'Académie suisse des sciences médicales

n'ont pas de caractère légal, mais elles n'en sont pas moins fondamentales pour les professionnels de la santé.

¹⁷ ASSM, 2004.

¹⁸ ASSM, 2017.

3.2 Dispositions internes à l'institution

Des instructions internes sur la procédure à appliquer en cas d'arrêt cardio-vasculaire offrent une sécurité. Les collaborateurs d'un établissement médico-social doivent en être informés et formés périodiquement en conséquence. Il va de soi que ces formations doivent être clairement documentées. Dans ce cadre, on attirera l'attention du personnel sur l'importance des directives anticipées du patient. Il serait souhaitable de déterminer, lors de chaque nouvelle admission, la position du résident concernant les questions les plus importantes et donc également celle relative à d'éventuelles mesures de réanimation, et de consigner cette position dans des directives anticipées. Seul un personnel correctement informé est en mesure de prendre les bonnes décisions dans un cas concret.

3.3 Communication transparente avec les nouveaux résidents

Les nouveaux résidents doivent être informés de la philosophie et du concept thérapeutique de l'institution. La position de l'établissement concernant les mesures de réanimation doit être communiquée et intégrée dans le contrat avec l'institution. Dans le cas de potentiels résidents incapables de discernement, on informera les personnes habilitées à les représenter.

Comme les personnes âgées ont souvent une relation de confiance étroite avec leurs médecins de famille, il vaut la peine d'encourager de temps en temps ces derniers à aborder avec eux le thème des directives anticipées.

Dans le cadre du concept thérapeutique, il est souhaitable de mener des discussions sur les questions relatives à la fin de vie, ces discussions devant également porter sur les chances et les risques d'une réanimation. Comme les discussions sur la fin de vie et la mort sont émotionnellement chargées et délicates, elles devraient être menées par des personnes ayant une expérience adéquate. Il va de soi que les convictions et les valeurs propres des collaborateurs ne doivent pas être déterminantes dans le cadre d'une telle discussion qui doit être menée avec empathie. Dans la perspective des décisions relatives à une réanimation, on informera le patient de manière transparente des

chances de succès et des séquelles potentielles. Parallèlement, on soulignera qu'un éventuel refus de mesures de réanimation ne signifie pas que d'autres mesures médicales opportunes doivent être négligées ou supprimées. On s'efforcera au contraire d'apaiser de manière proactive d'éventuelles craintes quant au fait que l'accompagnement souhaité ne puisse plus être assuré en cas de refus d'une réanimation. Si le futur résident a été informé de ce qui est possible et pertinent d'un point de vue médical et que ses attentes et valeurs ont pu être clarifiées, les conditions sont réunies pour qu'il puisse décider pour ou contre des mesures de réanimation dans le respect de son droit à l'autodétermination. Une telle décision doit être documentée dans le dossier du patient.

3.4 Directives anticipées du patient, possibilités de mise en œuvre dans les établissements médico-sociaux

Lors de l'entrée d'une personne capable de discernement dans un établissement médico-social, il est impérativement recommandé de la motiver à établir des directives anticipées, si ce n'est pas déjà fait, et d'y préciser notamment sa position concernant les mesures de maintien en vie. Même si personne ne doit être forcé à rédiger des directives anticipées, on rappellera que les dispositions de la protection de l'adulte sont récentes. Dans ce sens, on peut estimer qu'une grande partie des personnes entrant dans un établissement médico-social ne sont pas informées de ce que sont précisément les directives anticipées du patient, de leur valeur et des conséquences en cas d'absence de telles directives si la personne ne peut plus exprimer sa position concernant les mesures de maintien en vie.

En présence de directives anticipées du patient, on s'assurera que l'équipe de soin et d'accompagnement connaisse la teneur de celles-ci.

Les souhaits consignés dans des directives anticipées du patient et concernant les procédures médicales sont contraignants pour tout tiers. Il est par conséquent important de s'assurer de l'existence de telles directives.

Comme les directives anticipées du patient peuvent à tout moment être révoquées et qu'une période prolongée peut s'écouler entre le moment de leur rédaction et le moment où la question d'une réanimation se pose concrètement, il est recommandé de vérifier régulièrement si la décision documentée pour ou contre une réanimation correspond encore à la volonté présumée du résident. Des doutes peuvent apparaître, par exemple, si les souhaits, les valeurs ou l'état de santé du résident ont durablement changé sans que celui-ci n'ait modifié d'éventuelles directives anticipées.

Si la position du résident a manifestement changé par rapport à des directives anticipées existantes, cela doit clairement être consigné dans le dossier du patient. Pour les personnes incapables de discernement, les questions fondamentales doivent être tirées au clair avec les personnes habilitées à les représenter, idéalement en collaboration avec le médecin de famille.

Dans une telle situation, on évitera malgré tout de s'écarter de manière inconsidérée des directives anticipées existantes. Ce sont toujours la volonté présumée et les intérêts du résident qui doivent primer, et non la position de l'institution. Si on s'écarte du libellé des directives anticipées, les raisons doivent être consignées explicitement dans le dossier du patient. Comme ces directives représentent l'expression contraignante de la volonté du patient et la concrétisation de son droit à l'autodétermination, garanti par la loi, toute action allant à l'encontre de cette volonté est inadmissible, sauf raison valable. L'art. 4 du Code de déontologie de la FMH¹⁹ précise également que tout traitement médical doit être entrepris dans le respect de la dignité humaine en tenant compte de la personnalité du patient, de sa volonté et de ses droits.

¹⁹ Code de déontologie de la FMH, art. 4.

4

Bibliographie

- Académie suisse des sciences médicales (ASSM). (2004, y.c. modifications du 1.1.2013). Directives médico-éthiques. Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance. Bâle : Académie suisse des sciences médicales.
- Académie suisse des sciences médicales (ASSM). (2017). Directives médico-éthiques. Décisions de réanimation (5^e éd.). Bâle : Académie suisse des sciences médicales.
- Code civil suisse du 10 décembre 1907 (Etat le 1^{er} janvier 2019) ; RS 210, récupéré de www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html.
- Code de déontologie de la FMH (état au 03.05.2018), récupéré de www.fmh.ch/files/pdf21/Standesordnung_Februar_2019_F.pdf.
- Gächter, T. & Rüttsche, B. (2018). Gesundheitsrecht. Ein Grundriss für Studium und Praxis. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bâle : Helbing Lichtenhahn.
- Gesundheitsgesetz Basel-Stadt. Vom 21. September 2011 (Stand 1.5.2018) ; SG 300.100, récupéré de www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/1982
- Message concernant la révision du code civil suisse (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation) ; 06.063, Feuille fédérale, 2006, 36, récupéré de www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2006/6635.pdf
- Kalbermatten-Casarotti, P., Ritzenthaler-Spielmann, D., Cottier, C., Huber, H., Breuer, M., Michel, F. & Baumann-Hölzle, R. (2012). Guide. Directives anticipées. DocumentHumain. Zurich : Dialog Ethik.
- Niggli, M. A. & Wiprächtiger, H. (Eds.). (2018). Strafrecht. Strafgesetzbuch, Jugendstrafgesetz (4^e éd.). Bâle : Helbing Lichtenhahn.
- Office fédéral de la Statistique (OFS). (2018). Statistique des causes de décès 2016, récupéré de www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.gnpdetail.2018-0393.html.

CURAVIVA.CH