

Conférence 1

Rev. Dr Alison J. GRAY (GB)

15/08/2019

Traduction : M.-Madeleine LINCK

## Comment savoir ? L'évaluation de la capacité.

Jusqu'à tout récemment, je travaillais comme consultante en psychiatrie de liaison en Angleterre. J'étais la psychiatre chargée d'évaluer et de traiter les patients de l'hôpital général. Avant cela, j'ai travaillé en tant que psychiatre généraliste dans un autre hôpital. Pendant plusieurs années, j'ai donné des cours sur la capacité mentale à d'autres médecins. Mes exemples de patients sont dans le domaine public, ont tous été anonymisés ou j'ai la permission expresse de la personne de partager largement son histoire.

Tout au long de cet exposé, je parlerai de « la loi » et je veux dire par là « la loi telle qu'elle existe actuellement en Angleterre et au Pays de Galles ». En Angleterre et au Pays de Galles, comme en Écosse et dans de nombreux autres pays du Commonwealth, la loi est « faite par un juge » (fondée sur la jurisprudence).

C'est qu'à chaque fois qu'un juge rend un jugement dans une affaire particulière la loi change, en règle générale, juste un petit peu. L'opinion du juge est désormais la loi, jusqu'à ce qu'elle soit contestée et modifiée par de nouvelles affaires. Quand j'ai débuté dans mon exercice, à la fin des années 1980, les décisions concernant la capacité mentale étaient traitées selon le droit commun (« common law »). Cela signifie qu'il n'y avait pas eu de législation votée par le Parlement, mais que la loi était basée sur la pratique historique et sur ce qu'un médecin raisonnable ferait dans telle situation particulière. Nous faisons simplement ce que l'équipe médicale pensait être dans l'intérêt du patient, en tenant compte de ce que nous savions des patients et de leurs familles.

Les progrès de la technologie médicale permettant aux personnes souffrant d'invalidités plus graves de survivre, le vieillissement de la population avec une prévalence accrue de la démence en plus du déplacement des hôpitaux vers les soins de proximité dans la communauté, ont obligé de façon plus pressante de se poser la question de savoir comment protéger les besoins des personnes inaptes à prendre leurs propres décisions.

Ce domaine du droit est progressivement devenu de plus en plus complexe et contesté. Le Parlement a rédigé une nouvelle loi pour rassembler toutes les lois précédentes et la jurisprudence ultérieure, afin de clarifier les choses. C'est devenu le *Mental Capacity Act 2005* (MCA) (Loi de 2005 sur la capacité mentale). Le MCA couvre la capacité de prendre des décisions dans tous les domaines de la vie et pas seulement dans des situations médicales.

## La jurisprudence modifie la pratique médicale

Un homme était très angoissé de constater qu'une « ordonnance de non-tentative de réanimation » (DNAR = Do Not Attempt Resuscitation) avait été attachée au dossier de sa femme lors de son hospitalisation et qu'il ne le savait pas. Elle a eu un arrêt cardiaque pendant son séjour et en est décédée. Il a fait un procès à l'hôpital, affirmant que cela était illégal, lui avait causé une grande détresse émotionnelle et que le personnel de l'hôpital aurait dû tenter de réanimer son épouse.

Le jugement a confirmé que la décision de la DNAR était finalement une affaire clinique qui concernait les médecins, mais qu'elle aurait dû faire l'objet d'une discussion avec la famille ou le principal soignant et que, dans tous les cas, les médecins auraient dû être informés immédiatement de la DNAR, même si la décision avait été prise à 3 heures du matin. À partir du moment où ce jugement a été rendu, il a eu force de loi.

Les médecins qui prennent une décision DNAR en Angleterre et au Pays de Galles sont maintenant obligés de téléphoner aux familles, même si c'est très tôt le matin. Ce cas a été utile pour inciter les médecins à réfléchir et à déterminer si une personne devrait être réanimée avant toute crise.

Vous pensez peut-être qu'il n'est pas nécessaire de téléphoner à la famille au milieu de la nuit, mais je me souviens qu'un collègue chirurgien s'était énervé contre moi lorsque je lui ai expliqué cela. C'est actuellement la loi anglaise, peu importe combien vous êtes en désaccord avec elle. Si vous ne vous conformez pas à la loi, vos employeurs et/ou vous-même pourriez être traduits en justice et condamnés à une amende ou même être emprisonnés.

L'affaire suivante a été portée devant la cour d'appel et un jugement a été rendu et largement publié.

Pendant que vous écoutez ce cas, imaginez ce qui se serait passé si la situation s'était produite dans votre hôpital.

Mme C., femme divorcée de 60 ans qui n'avait jamais travaillé, avait pris une surdose importante de médicament ayant entraîné des lésions rénales. Elle refusait maintenant la dialyse. Son raisonnement était qu'elle avait perdu sa joie de vivre, son « étincelle » et voulait être autorisée à mourir.

Mme C. avait vécu une vie non conventionnelle, appréciant les fêtes, la jeunesse et la beauté. Elle avait toujours été glamour et centrée sur elle-même. Elle avait eu plusieurs maris. Mme C. avait des enfants qui soutenaient sa décision de mourir ; elle avait toujours dit à sa famille qu'elle ne voudrait pas vieillir et perdre sa joie de vivre.

Les néphrologues pensaient qu'il y avait 85 % de chances que ses reins se rétablissent complètement avec la dialyse. Elle a été examinée par deux psychiatres et aucune trace d'un trouble dépressif n'a été trouvée. Les psychiatres ont estimé qu'elle n'avait pas la capacité de refuser un traitement, l'expert indépendant a estimé qu'elle avait cette capacité. Il a été demandé à la cour de juger si elle avait la capacité de refuser une dialyse qui entraînerait probablement sa mort.

Que serait-il arrivé dans votre hôpital ?

Le juge de la cour d'appel a décidé que refuser un traitement était conforme à la personnalité et aux choix antérieurs de Mme C. et que, même si ce n'était pas la décision qu'il aurait prise personnellement, elle avait la capacité de prendre cette décision et c'était sa décision. Mme C. a été autorisée à mourir et en fait, elle est morte peu de temps avant que la décision de justice ne soit rendue.

## Qu'entendons-nous par « capacité » ?

La capacité est un ensemble complexe de fonctions cognitives comprenant la mémoire, le jugement, la rationalité et l'imagination. La capacité dépend toujours du temps et de la décision spécifique. La personne a ou n'a pas la capacité de prendre cette décision particulière à ce moment-là, il est très rare qu'il puisse y avoir une déclaration globale de capacité.

Dès la publication du MCA, un hôpital psychiatrique privé a ajouté un certificat aux notes de certains patients indiquant que « Mme Smith manque de capacité, signé le professeur Jones, psychiatre consultant ».

C'est une absurdité totale car la capacité dépend toujours du temps et de la décision spécifique.

Vous pourriez toutefois écrire raisonnablement après avoir enregistré une évaluation de la capacité totale : « Pour les raisons susmentionnées, Mme Smith n'a pas actuellement la capacité de gérer ses finances et, à mon avis, il est peu probable qu'elle retrouve cette capacité. »

Une déclaration de capacité globale est rarement appropriée, sauf si le patient est inconscient. Par exemple, même dans les cas de démence avancée, les personnes peuvent toujours avoir la capacité de choisir le gâteau qu'elles veulent manger.

Le MCA nous donne des directives claires pour évaluer la capacité et commence par 5 principes.

1. **On suppose que les adultes à partir de 16 ans ont la capacité**, sauf preuve du contraire.
2. Les individus doivent être **soutenus pour prendre leurs propres décisions**. Pour les grandes décisions, par exemple le choix du logement, vous pouvez vous assurer que la personne a un membre de sa famille avec elle, que celui-ci vient la voir plusieurs fois pour discuter de la question, pour lui montrer des photos et pour l'emmener visiter les différents logements possibles. Cela couvre également la prise de décision anticipée et la procuration durable (Lasting Power of Attorney - sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), les moyens par lesquels les personnes peuvent prévoir qu'on suive leurs souhaits, au fur et à mesure de leur perte de capacité.
3. **Décisions imprudentes**. Le simple fait que nous considérons une décision comme étant imprudente, et non le choix que nous ferions, ne signifie PAS automatiquement que la personne manque de capacité. Les personnes en capacité ont le droit de faire ce que nous considérons comme de mauvais choix et des décisions imprudentes.
4. **Meilleurs intérêts**. Tout ce qui est fait à ou pour un patient qui manque de capacité doit l'être dans son intérêt personnel.
5. **Option moins restrictive**. Si quelqu'un n'a pas la capacité de choisir, la chose la moins restrictive devrait être faite ; l'opération minimale nécessaire pour sauver sa vie, la maison de retraite plutôt que de vendre leur propre maison. Une dame a été admise dans notre unité psychiatrique fragilisée par une dépression grave. Elle a récupéré après plusieurs mois et a été apte à rentrer chez elle pour vivre seule. Puis nous avons découvert que sa famille avait vendu la maison. Ce n'était pas l'option la moins restrictive, et était donc illégale. Elle s'est retrouvée dans une maison de retraite et a décidé de ne pas poursuivre sa famille en justice.

Le critère juridique dans les cas de capacité est « selon la prépondérance des probabilités ».

Donc, si le clinicien est convaincu à plus de la moitié que la personne manque de capacité, alors son jugement doit être qu'elle manque de capacité ; vous n'avez pas besoin d'être absolument certain de votre jugement, seulement à 51 %.

### **Quel est précisément le problème sur lequel la personne doit décider ?**

La capacité de refuser un traitement susceptible de vous sauver la vie est beaucoup plus importante que la capacité de décider quels vêtements porter. Quelle est précisément la question sur laquelle le patient doit se prononcer ?

En droit, une personne de plus de 16 ans est supposée avoir la capacité de prendre ses propres décisions. La question suivante est donc : **Y a-t-il une raison de douter de la capacité de cette personne ?**

Chaque jour, nous jugeons tous instinctivement la capacité.

Imaginez : vous êtes sur le point de prendre un taxi, le chauffeur parle de façon indistincte, il a l'air en sueur et tremble. Vous jugerez probablement qu'il n'a pas la capacité de conduire en toute sécurité et vous ne monterez pas dans cette voiture. La plupart du temps, nos jugements sur la capacité médicale se situent à ce niveau. Vous vous approchez d'un patient pour prélever du sang, vous expliquez ce que vous faites, il tend son bras ce qui montre son consentement, vous prenez son sang. Vous avez décidé implicitement que cette personne comprend ce que vous faites et pourquoi, et qu'elle a la capacité de consentir à cette intervention.

On m'a demandé de voir une dame âgée de 72 ans qui refusait un traitement dans le service.

Elle souffrait de diabète insulino-dépendant de type 1 et d'un faible degré de démence. Elle avait été admise à l'hôpital pour un coma diabétique. Elle a été réanimée au service des urgences, mais devenait de plus en plus confuse. Confuse, elle était agressive et refusait le traitement. J'ai établi que la cause en était que son taux de sucre dans le sang était très instable, parfois très élevé, parfois très bas parce qu'elle n'acceptait pas son insuline de manière constante.

Dans les notes médicales, personne n'avait indiqué qu'on avait pris en compte sa capacité de refuser un traitement ou que nous devons peut-être lui imposer un traitement dans son intérêt. Elle a fait un délire évident, secondaire à une hypo- et à une hyperglycémie ; après plusieurs jours de traitement contraignant, comprenant parfois une contrainte légère, sa glycémie s'est stabilisée et la majeure partie de sa confusion fut levée.

### **Qu'est-ce qui fait que le patient pourrait manquer de capacité ?**

Dans le cas ci-dessus, l'hypo- et l'hyperglycémie sont toutes deux des causes évidentes de délire et peuvent donc entraîner un manque de capacité. La capacité peut être altérée par un déséquilibre métabolique ou une septicémie. Les intoxications à l'alcool, aux drogues illicites ou à plusieurs classes de drogues prescrites, en particulier les opiacés, peuvent toutes entraîner une perte de capacité temporaire. Des difficultés d'apprentissage, un traumatisme crânien ou une maladie liée à la démence peuvent causer une perte de capacité plus permanente.

La cause ne doit pas nécessairement être un diagnostic clinique. Un stress émotionnel grave, par exemple le fait d'avoir juste eu un accident de voiture, entraînerait probablement une perte temporaire de capacité à prendre des décisions importantes.

Lorsque vous effectuez une évaluation formelle de capacité, vous devez enregistrer la condition ou la situation sous-jacente qui fait naître un doute sur la capacité.

Après avoir établi et consigné qu'il existe une raison de douter de la capacité de l'individu à prendre une décision concernant quoi que ce soit, nous devons nous demander :

### **Le patient peut-il Comprendre, Retenir, Soupeser les informations essentielles et Communiquer sa décision ?**

1. **Comprendre.** Le patient doit pouvoir comprendre ce dont vous discutez, en utilisant un langage à un niveau qui lui convient, avec toutes les aides appropriées, par exemple des interprètes, des photos ou des objets significatifs.
2. **Retenir.** La personne n'a besoin de retenir les informations que pendant toute la durée de la conversation ce qui fait qu'une personne atteinte de démence assez grave peut avoir la capacité de prendre des décisions importantes. Vous devez être convaincu que la personne retenait les informations, ce que vous testez en demandant de résumer votre conversation. Si elle ne peut pas se souvenir de la conversation le lendemain, vous pourriez bien, pour une décision importante, répéter le processus et obtenir la même réponse, espérons-le, ce qui signifierait que c'était une décision prise avec capacité et qui devrait être suivie.
3. **Soupeser.** Le patient doit comprendre quels sont ses choix, quels sont les résultats probables pour chaque choix. Par exemple, que se passerait-il s'il bénéficiait d'une

intervention ou d'une autre et que se passerait-il s'il n'en avait aucune ? Il doit pouvoir garder tout cela à l'esprit et ensuite prendre une décision équilibrée. N'oubliez pas qu'il a le droit de prendre une décision imprudente, avec laquelle vous ne seriez pas d'accord.

4. **Communiquer.** Le patient doit être en mesure de vous informer de sa décision, de manière claire ou cohérente. Une personne ayant un trouble de la communication et ne maîtrisant pas la langue parlée peut utiliser la langue des signes, serrer la main ou montrer toujours la photo d'une résidence possible de manière répétée et cohérente. Ce serait une assez bonne communication, si les trois autres tests ont été passés avec succès.

Vous ne devez échouer que sur l'un des quatre tests pour ne pas être en mesure de prendre cette décision à ce moment-là.

### **Que faites-vous quand une personne n'a pas la capacité de prendre une décision importante ?**

Si sa vie est menacée, continuez et soignez-la. Vous réanimez le patient inconscient qui saigne et enregistrez les informations précises ultérieurement.

Si la personne peut retrouver sa capacité ou si sa capacité fluctue, vous revenez une autre fois. Peut-être vient-elle de recevoir de puissants analgésiques, mais sera complètement lucide quatre heures plus tard, ou, à l'instar de la dame gravement déprimée dont la famille a vendu la maison, s'il existe un potentiel de rétablissement complet dans le futur, vous ne pouvez prendre à la place du patient que des décisions qui doivent être prises immédiatement.

### **Décisions dans l'intérêt supérieur**

S'il est probable que le manque de capacité persiste et que la décision est urgente, la question devient alors : quel est l'intérêt supérieur pour ce patient ? Ce qui est fondamentalement : que choisirait cette personne si elle pouvait choisir pour elle-même ?

Cela peut sembler évident, la vie est presque toujours présumée être dans l'intérêt de quelqu'un, c'est pourquoi l'option par défaut consiste en un traitement qui sauve la vie, mais cela dépend des valeurs et des préférences de l'individu et non de celles de la famille, du personnel ou d'une plus large communauté.

Si la question est moins claire, vous réunirez ceux qui s'occupent de la personne ; membre de la famille, médecin, personnel infirmier, soignant de longue date et autres personnes impliquées, et organiserez une réunion dans l'intérêt supérieur du patient pour discuter de ce que la personne aurait souhaité. Cela ne doit pas être une grande réunion formelle ; il peut simplement s'agir d'une série d'appels téléphoniques, prenant quelques minutes.

### **Planification préalable**

Les décisions concernant l'intérêt supérieur sont beaucoup plus simples si la personne a exprimé ses souhaits dans un plan de traitement préalable. Si une personne a une maladie récurrente, telle qu'une maladie psychotique grave, elle peut être aidée lorsqu'elle se sent bien pour planifier ce qu'elle aimerait qu'il se produise quand et si elle retombe malade. Cela peut être très détaillé, jusqu'à savoir qui a les clés de l'appartement et ce qu'on devrait faire des animaux de compagnie mais aussi inclure les préférences en matière de médication et ce qui a fonctionné dans le passé. Ce type de plan est consultatif et **NON** juridiquement contraignant.

Quiconque a la capacité à un moment donné peut également émettre des directives anticipées indiquant le refus de tel traitement. Correctement rédigées, la directive anticipée (semblable à un testament de vie dans d'autres juridictions) est juridiquement contraignante. Si vous donniez le traitement rejeté, ce serait une agression. En Angleterre, la situation la plus fréquente est celle des témoins de Jéhovah qui déclarent qu'ils refusent les transfusions de sang, même si cela risque d'entraîner leur mort. Une directive anticipée cesse d'être légale si la situation des soins de la personne change, par exemple si un nouveau traitement merveilleux a été inventé, ou si la personne a agi en contradiction avec sa directive préalable. Si le témoin de Jéhovah a

volontairement accepté des produits sanguins la semaine précédente, alors sa directive préalable les refusant est maintenant à mettre à la poubelle (est nulle et non avenue). Une directive anticipée indique le traitement que le patient refuse de recevoir. Elle peut demander, mais ne peut pas obliger l'équipe soignante à administrer un traitement particulier.

L'autre mécanisme permettant de s'assurer que vos désirs sont réalisés, au fur et à mesure que vous perdez votre capacité, consiste à remplir un formulaire de procuration durable (LPA = Lasting Power of Attorney) tant que vous en avez encore la capacité. Celle-ci est généralement recommandée lorsqu'un diagnostic de démence est posé. Il existe deux types de LPA : l'un pour les finances et l'autre pour les décisions concernant la santé. Vous nommez quelqu'un pour prendre les décisions en votre nom lorsque vous ne pouvez plus le faire vous-même, souvent un membre de votre famille. Clairement, il faut que vous fassiez confiance à cette personne pour prendre les bonnes décisions, et vous devez avoir discuté de ce que vous souhaiteriez dans différentes situations. Une LPA lie le personnel médical, la personne désignée parle comme si elle était le patient et a la même capacité de prendre des décisions et de refuser un traitement qu'un patient capable.

En l'absence de décision préalable, famille, amis et aidants sont appelés à discuter de ce qui est dans l'intérêt supérieur du patient. S'il n'y en a pas, il existe un mécanisme pour désigner un conseiller indépendant en capacité mentale, qui passera plus de temps avec le patient, s'entretiendra avec des membres de la famille ou des amis plus éloignés, peut-être même lira d'anciennes lettres et journaux intimes pour tenter de connaître ses valeurs et ce qu'il aurait voulu.

L'intérêt supérieur étant « ce que le patient aurait souhaité » ne signifie pas qu'il bénéficie alors d'un meilleur traitement que les autres personnes dans la même situation et ayant les mêmes capacités. Ce n'est pas parce qu'il aurait toujours voulu vivre dans un hôtel 5 étoiles qu'il y aura accès plutôt qu'à une maison de retraite. Les options envisagées doivent être celles qui seraient offertes au même patient s'il avait la capacité.

### **La capacité peut fluctuer**

Si quelqu'un a la capacité, mais ensuite la perd, vous faites ce qu'il avait décidé quand il avait la capacité. Si une personne change continuellement d'avis au sujet d'une procédure ou d'un traitement, cela peut être un signe de fluctuation de capacité. Les patients gravement stressés risquent de perdre temporairement leur capacité.

Si vous n'agissez pas dans le meilleur intérêt de quelqu'un qui manque de capacité, vous risquez de vous retrouver en prison. À un moment donné, mon hôpital avait un gros problème avec les gestionnaires de lits qui déplaçaient les patients d'un service à l'autre, même parfois au milieu de la nuit. Si les patients étaient des personnes âgées avec un cerveau vulnérable, cela entraînait généralement un délire et une hospitalisation prolongée. J'ai réussi à faire comprendre au système que c'était une mauvaise idée et les déplacements au milieu de la nuit ont été considérablement réduits. Cependant, de tels mouvements inappropriés se produisaient encore de temps en temps et j'ai été furieuse lorsqu'ils ont déplacé une dame qui avait une démence précoce, vers minuit. C'était clairement contre son intérêt et j'ai découvert que le responsable des lits avait en fait déclaré : « Je sais que ce n'est pas dans son intérêt, mais j'ai besoin d'une chambre voisine ». Ce responsable avait enfreint la loi en ne respectant pas le meilleur intérêt de l'individu et en déplaçant quelqu'un d'autre. J'ai déposé une autre plainte et le responsable a suivi une formation sur la capacité.

Une personne qui agit pour le patient en vertu d'une procuration durable doit s'assurer de respecter les souhaits de celui-ci, et non les siens. Si elle ne le fait pas, elle peut être remplacée en tant que représentante du patient et risque même l'emprisonnement.

On m'a demandé de voir M. J. parce que sa famille refusait de lui permettre de rentrer chez lui. M. J. avait 78 ans, homme d'affaires à la retraite. Il avait des signes de démence précoce et il était tombé. Sa famille était inquiète de ce qui pourrait lui arriver, mais il voulait retourner chez lui. Les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes avaient estimé que M. J. était capable de se gérer à la maison après quelques ajustements mineurs comme de descendre de son lit. Quand j'ai vu M. J., sa pensée était parfaitement claire. Il a expliqué qu'il s'était rendu compte qu'il pourrait

encore tomber, il a pu me dire ce qu'il ferait s'il tombait à nouveau et comment il pourrait obtenir de l'aide. M. J. savait que s'il retombait, cela pourrait abrégé sa vie mais il voulait toujours prendre le risque de rentrer chez lui. J'ai parlé à la famille et lui ai expliqué que nous ne pouvions pas le garder à l'hôpital, il avait le droit de rentrer chez lui. Le même niveau d'aide a été mis en place que si M. J. n'avait eu aucune famille et une ambulance l'a ramené à la maison. Je n'ai jamais su ce qui s'est passé ensuite.

### **Capacité de refuser un traitement vital**

Selon un principe de droit anglais bien établi, un adulte capable peut choisir de refuser un traitement et donc mourir.

Mme K. était en fin de vie. On m'avait demandé de la voir de toute urgence pour tendance suicidaire. Elle avait 86 ans et souffrait de plusieurs maladies chroniques risquant d'abrégé sa vie. Elle avait contracté une infection pulmonaire et, avec l'aggravation de sa situation, elle avait convenu avec sa famille de ne pas être traitée et de laisser la nature suivre son cours. Malheureusement, ses directives de soins n'ont pas abouti et elle est arrivée à l'hôpital en ambulance, moribonde, a été réanimée au service des urgences et s'est réveillée dans un service. Mme K. S'était fâchée calmement parce que ses souhaits n'avaient pas été suivis et elle refusait maintenant d'autres examens. Cette attitude a été interprétée comme suicidaire.

Je me suis posé les questions suivantes : Avait-elle une dépression qui l'avait amenée à ces choix ? Était-elle en capacité de refuser un traitement ?

Au cours de notre conversation, j'ai compris qu'elle était un adorable et fidèle membre de son église locale et qu'elle n'avait aucun antécédent ni aucun signe actuel de dépression. Mme K. a déclaré qu'elle ne ferait rien activement pour mettre fin à ses jours, mais qu'elle ne voulait tout simplement plus « qu'on la dérange ». Elle refusait de subir d'autres examens ou traitements et elle était prête à mourir. Mme K. m'a suggéré de parler à son pasteur local avec qui elle avait eu de nombreuses conversations pour exprimer ses pensées et ses souhaits. À mon grand étonnement, j'ai réussi à le joindre au téléphone et à établir clairement que Mme K. avait présenté cette vision constante depuis de nombreuses années et qu'il n'y avait aucun signe de dépression. À ce moment-là, je n'ai pas pu parler à sa fille au téléphone, mais je l'ai fait plus tard, ce qui m'a permis de confirmer mon opinion.

J'étais bien consciente qu'elle ne souffrait pas de dépression et qu'elle avait toute la capacité de choisir de ne subir ni examens ni traitements supplémentaires.

J'ai parlé au médecin consultant en charge de son cas et expliqué, malgré sa grande résistance, qu'à mon avis, elle n'était ni déprimée ni suicidaire, qu'elle avait toute capacité de prendre ses propres décisions et que ses souhaits devaient donc être respectés. Le consultant a eu beaucoup de difficulté à accepter et j'ai dû expliciter la loi en détail pour le rassurer. Mme K. a été transférée dans une maison de retraite et y est décédée quelques trois semaines plus tard, paisiblement entourée de sa famille.

### **Parfois, l'évaluation de la capacité doit être revue**

Mme J. était une femme mariée de 38 ans qui travaillait comme aide-soignante. Elle avait été amenée au service des urgences en ambulance après avoir pris une grande overdose de paracétamol. Elle n'avait aucun antécédent psychiatrique et n'avait pris aucune overdose antérieure. Le déclencheur était qu'elle avait été accusée de vol, ce qui menaçait son gagne-pain et sa famille. Elle en avait été profondément affectée et était descendue au milieu de la nuit pour écrire un mot disant qu'elle ne souhaitait pas être réanimée, puis elle avait pris beaucoup de comprimés. Son mari s'était réveillé pendant la nuit, il avait constaté qu'elle n'était pas au lit et était descendu pour la trouver endormie, mais réveillable.

Le mot a semé une grande confusion, le jeune médecin traitant de Mme J. a pensé que cela devait être considéré comme une directive anticipée et que, par conséquent, nous ne pouvions pas traiter son overdose. Cependant, il existe des exigences légales strictes pour la mise en place d'une directive anticipée refusant les traitements de maintien en vie et ce mot ne répondait certainement pas à ces exigences.

Heureusement, un urgentiste plus expérimenté a entendu une discussion à ce sujet et a demandé à mon équipe de s'impliquer. Une des infirmières l'a évaluée, n'a trouvé aucun signe de dépression, mais a conclu qu'elle manquait de capacité en raison du stress social accablant. Mme J. a été informée qu'elle allait être traitée, qu'elle le veuille ou non, et elle a accepté. Le lendemain, elle a remercié l'équipe de liaison d'avoir assuré son traitement. Elle ne souhaitait plus mourir et a déclaré : « Je ne sais pas à quoi j'ai pensé, j'avais tellement peur ».

Mme J. a finalement été totalement innocentée, est retournée à son travail et a continué à soutenir d'autres patients.

Permettre à une femme de 38 ans de refuser un traitement dans cette situation critique risquant d'entraîner sa mort aurait été une erreur, mais le personnel subalterne a défendu sa position sur la base d'une évaluation superficielle de la capacité de la patiente et du mot qu'elle avait écrit. Suite à cela, nous avons établi une politique officielle au service des urgences selon laquelle tous les cas où un traitement permettant de sauver des vies serait interrompu doivent être discutés avec un consultant. J'ai été très surprise de constater que de jeunes médecins en deuxième année de pratique puissent même envisager de prendre eux-mêmes des décisions aussi importantes. Pour refuser un traitement qui sauverait sa vie, la personne doit avoir un haut niveau de capacité et c'est quelque chose qui devait être discuté au sein de l'équipe soignante et pourrait impliquer l'équipe de psychiatrie de liaison, s'il y en avait une disponible.

Certaines questions juridiques sont tout simplement trop difficiles à trancher pour des médecins. Chaque administration hospitalière du Royaume-Uni a accès à un cabinet d'avocats qui peuvent obtenir une décision provisoire d'un juge sur une affaire en quelques heures, jour et nuit. Cette décision a alors force de loi et l'équipe soignante doit la respecter. La décision pourra ensuite être contestée devant une juridiction supérieure, jusqu'à la Cour suprême et à la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

## **En résumé**

Pour effectuer une évaluation complète de la capacité pour des choix significatifs, le soignant doit disposer de suffisamment de temps pour rédiger un bon rapport, pour tenir compte de toute la personne et il doit avoir un niveau élevé de compétence en communication. Dans un service hospitalier ou dans un cabinet très chargé, il peut être difficile de prendre le temps nécessaire et je suis convaincue que cela a été un facteur dans plusieurs des cas difficiles que j'ai partagés avec vous. La loi de 2005 sur la capacité mentale visait à clarifier la loi dans ce domaine et à définir les critères permettant de déterminer si une personne en a la capacité ou non. La loi offre aux individus une occasion supplémentaire de s'assurer que leurs opinions, leurs points de vue et leurs valeurs sont ceux qui prévalent dans la prise de décision. Le processus d'évaluation de la capacité d'une personne à prendre une décision particulière est simple et peut être enseigné à tout professionnel de la santé. Les cas complexes peuvent nécessiter un deuxième avis médical ou un avis juridique.

Ali GRAY

Pasteure anglicane et consultante en psychiatrie, à la retraite depuis peu.