

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 1990

THESE N° 7214

"FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE D'AIDE MEDICALE  
URGENTE : IMPLICATIONS MEDICO-LEGALES"

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 1990

PAR

Yves-Michel ETCHEPARE  
né le 3 Février 1962 au MANS (72)



106 004834 7

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur PIVA  
Monsieur le Professeur BOUQUIER  
Monsieur le Professeur DUMONT  
Monsieur le Professeur FEISS  
Monsieur le Docteur MATHE  
Monsieur DESPORT, Juge d'instruction,  
Tribunal de Limoges

- Président  
- Juge  
- Juge  
- Juge  
- Membre invité  
- Membre invité

THESE MED LIMOGES 1990 n° 7214



Ex 1

Sib. : 257424

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1990

THESE N° 172

"FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE D'AIDE MEDICALE  
URGENTE : IMPLICATIONS MEDICO-LEGALES"

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 1990

PAR

Yves-Michel ETCHEPARE  
né le 3 Février 1962 au MANS (72)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur PIVA	- Président
Monsieur le Professeur BOUQUIER	- Juge
Monsieur le Professeur DUMONT	- Juge
Monsieur le Professeur FEISS	- Juge
Monsieur le Docteur MATHE	- Membre invité
Monsieur DESPORT, Juge d'instruction, Tribunal de Limoges	- Membre invité

U N I V E R S I T E   D E   L I M O G E S

F A C U L T E   D E   M E D E C I N E

\*\*\*\*\*

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **BONNAUD**
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur **PIVA**  
Monsieur le Professeur **COLOMBEAU**

PERSONNEL ENSEIGNANT

. PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie - Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie ortho- pédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale

GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie - Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

A Nathalie

A mes Parents

A toute ma famille

A tous mes amis

Recevez toute mon affection.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE  
-----

**Monsieur le Professeur PIVA**

Professeur des Universités de Médecine Légale  
Médecin des Hôpitaux  
Chef de Service.

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse.  
Veuillez recevoir nos sincères remerciements.

**AUX MEMBRES DE NOTRE JURY**  
-----

**Monsieur le Professeur FEISS**

Professeur des Universités d'Anesthésiologie et  
Réanimation Chirurgicale  
Anesthésiologiste des Hopitaux  
Chef de Service

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.  
Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude.

**Monsieur le Professeur BOUQUIER**

Professeur des Universités de Pédiatrie  
Médecin des Hopitaux  
Chef de Service

Recevez nos remerciements pour la grande qualité de votre  
enseignement et pour votre participation au jury de cette  
thèse.

**Monsieur le Professeur DUMONT**

Professeur des Universités de Médecine du Travail  
Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.  
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde  
reconnaissance.

**Monsieur le Docteur MATHE**

Praticien Hospitalier  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Directeur Adjoint du SAMU 87

Nous vous remercions de l'aide précieuse apportée à la  
réalisation de cette thèse.

Nous avons apprécié vos compétences et vos méthodes de  
travail au cours de notre stage.

Veuillez croire à notre profond respect.

**Monsieur DESPORT**

Premier Juge d'Instruction au Tribunal de LIMOGES

Nous vous remercions pour votre participation au jury de cette thèse.

Nous sommes heureux qu'un Magistrat ait accepté de juger ce travail.

Nous vous adressons ici le témoignage de notre profonde gratitude.

P L A N

-----

I N T R O D U C T I O N

I - RAPPELS HISTORIQUES

1.1. Histoire de l'Aide Médicale Urgente

1.2. Aspects législatifs

1.3. Les Missions des services d'Aide Médicale Urgente

1.4. Mise en place d'un SAMU départemental :

le SAMU 87.

II - FONCTIONNEMENT D'UN SAMU

2.1. Le SAMU et la régulation médicale

2.2. Le Centre 15

2.3. L'Unité Mobile Hospitalière (UMH) ou

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

2.4. Bilan synthétique de 2 années d'activité

dans un SAMU départemental : le SAMU 87

III - VADE-MECUM DE MEDECINE LEGALE POUR LES PARTICIPANTS  
DES SAMU-SMUR

3.1. Le secret professionnel

3.1.1. Bases juridiques

3.1.2. Les dérogations au secret médical

3.1.3. Secret médical et intervention des UMH

3.1.4. Relations avec l'entourage du malade

3.1.5. Rapports avec la justice

3.1.6. Les certificats

3.2. La Responsabilité Médicale

3.2.1. Notions générales

3.2.2. Aspects particuliers aux SAMU-SMUR

3.2.3. La responsabilité disciplinaire et la  
déontologie médicale

IV - SITUATIONS A L'ORIGINE DE PROBLEMES MEDICO-LEGAUX  
RENCONTRES PAR LES SAMU-SMUR

4.1. Les malades psychiatriques

4.2. Les malades éthyliques

4.3. Les toxicomanes

4.4. Refus de soins et refus d'hospitalisation

4.5. Les décès et certificats de décès

V - ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES MORTS  
SUBITES INEXPLIQUEES DU NOURRISSON (MSIN) -  
PROPOSITION DE PROTOCOLE POUR LE SAMU 87

5.1. Rappels concernant la MSIN

5.2. Le SAMU et la MSIN

5.3. Obstacles médico-légaux opposés aux SAMU-SMUR  
lors de la prise en charge des MSIN

5.4. Proposition d'un protocole de prise en charge des  
MSIN pour le SAMU 87 - Expérience de Rouen -

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

-----

- AMU : Aide Médicale Urgente
  
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
  
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
  
- UMH : Unité Mobile Hospitalière
  
- C.R.R.A. : Centre de Réception et de Régulation des Appels
  
- S.I.A.M.U. : Système d'Information de l'Aide Médicale Urgente.
  
- ISAR : Infirmier Spécialisé en Anesthésie-Réanimation
  
- PARM : Permanencier d'Aide à la Régulation Médicale
  
- VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés.
  
- MSIN : Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson
  
- MSN : Mort Subite du Nourrisson
  
- C.R.R. : Centre Régional de Référence.

I N T R O D U C T I O N

## I N T R O D U C T I O N

---

Des problèmes médico-légaux se posent quotidiennement aux médecins des **SAMU** et des **SMUR**. Ils amènent aux praticiens de l'urgence inquiétude et aussi perte de temps. Une information semble nécessaire pour affronter ces situations quelquefois difficiles à résoudre. Cette revue d'un certain nombre de problèmes médico-légaux tentera de simplifier l'abord parfois délicat de la médecine d'urgence.

Après un historique des **SAMU** où l'on abordera la mise en place progressive de ces structures hospitalières ainsi que les bases juridiques, on tentera de définir le fonctionnement d'un **Service d'Aide Médicale Urgente**.

Une partie du travail sera consacrée au secret médical en envisageant la place du médecin **SMUR** aux frontières du judiciaire et les attitudes à avoir pour ces équipes de **SMUR** qui interviennent souvent dans des situations médico-légales.

Les problèmes de responsabilité médicale seront ensuite envisagés en étudiant la responsabilité respective de tous les membres de la chaîne d'urgence. Seront aussi abordées différentes situations particulièrement génératrices de problèmes médico-légaux pour les SAMU et SMUR : toxicomanes, malades psychiatriques, morts violentes...

Enfin ce travail devrait également permettre d'apporter une réponse locale au SAMU 87 dans un contexte particulièrement délicat qui est celui de la mort subite inexplicée du nourrisson.

CHAPITRE I

---

RAPPELS HISTORIQUES

## I - RAPPELS HISTORIQUES

**SAMU-SMUR** sont autant de sigles qui se dessinent en blanc ou en bleu sur du blanc et pour lesquels la population se pose souvent des questions quant à leurs significations.

Derrière ces équipes qui sont trop souvent comparées à des "cow-boys" qu'y-a-t-il ? (60)

### 1.1. Histoire de l'Aide Médicale Urgente

**Homère** mentionne dans l'Illiade l'utilisation de chars de combat modifiés pour ramener les blessés du champ de bataille, et de bateaux pour les ramener dans leur patrie. Chez les romains, les légions disposaient de chirurgiens et les camps militaires étaient dotés d'infirmierie (76). En France, le pionnier des secours est le célèbre **Baron Dominique LARREY** (1766-1842) qui organisa, pendant les campagnes napoléoniennes les secours auprès des blessés sur les champs de batailles, en créant les "*ambulances volantes*".

Par la suite, les soins médicaux prodigués sur les lieux se développeront pendant la seconde guerre mondiale, notamment avec les services sanitaires de l'armée américaine. Ce concept de médicalisation sur les lieux de détresse et de transports par ambulances et hélicoptère prendra encore plus d'ampleur pendant les guerres de Corée et du Vietnam (47).



En France, en 1956, c'est à PARIS que le **Professeur CARA** met en place des transferts médicalisés pour des malades atteints de poliomyélite vers les centres spécialisés dotés de "*Poumons d'acier*". En 1957, on note à l'initiative du **Professeur BOURRET**, à Salon de Provence, la création d'antennes mobiles de réanimation se déplaçant sur les lieux de l'intervention. Ce dernier met en place également une coordination des différents moyens de secours : pompiers, gendarmerie, hôpital (59).

Dans les années 60 vont progressivement se créer les **Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation** : 1961 à DIJON, 1963 à STRASBOURG, 1967 à MONTPELLIER... (47).

### 1.2. Aspects législatifs (cf Annexes 1 et 2)

- La Circulaire du 5 janvier 1949, relative à l'organisation des secours des différents participants de l'aide médicale urgente, précise alors que "*tout doit tendre au raccourcissement de la période séparant le moment de l'accident de l'arrivée du blessé ou du malade à l'hôpital*" (79).

- Le premier texte essentiel est le décret du 2 décembre 1965 instituant l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.

- Le sigle **SAMU** est présent officiellement pour la première fois dans la circulaire du 19 juillet 1972 (17).

- La Circulaire du 5 février 1976 définit les **missions du SAMU**.

- Le Décret du 17 avril 1980 sera une réactualisation du Décret de 1965.

- La Loi du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, met en place les comités d'aide médicale urgente dans chaque département sous la haute responsabilité du préfet, Commissaire de la République. Elle fixe le cadre de l'aide médicale urgente, définit les limites des transports sanitaires ainsi que les modalités de prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie. Cette Loi sera complétée par deux Décrets :

\* Décret du 30 novembre 1987 concernant les comités départementaux d'aide médicale urgente et l'agrément des transports sanitaires terrestres.

\* Décret du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des comités participant au service d'aide médicale urgente appelé **SAMU**.

### 1.3. Les missions des Services d'Aide Médicale Urgente

Les **SAMU**, dont les missions sont fixées par les Articles 2 à 10 du Décret n° 87-10005 du 16 décembre 1987, sont rattachés aux établissements hospitaliers dont la liste est arrêtée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

Le **SAMU** comporte un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA), doté du numéro 15, dont le fonctionnement est assuré conjointement par les médecins hospitaliers et les médecins libéraux qui en font la demande.

Les missions :

#### \* Régulation médicale

Le **SAMU** doit répondre aux situations d'urgence nécessitant des moyens médicaux. Il doit assurer une écoute permanente. Il doit déléguer les moyens médicaux adaptés à l'état du patient, et trouver une structure hospitalière capable de le recevoir.

#### \* Coordination des moyens

Le **SAMU** intervient conjointement avec les moyens de secours qu'une situation d'urgence nécessite.

Le **SAMU** participe à la mise en place des plans ORSEC, et des plans d'urgence ainsi qu'à la couverture médicale des grands rassemblements (manifestations sportives ou culturelles...)

Les différents intervenants seront interconnectés : Centre 15 - 17 (Pompiers) - 18 (Police), et ceci avant le 17/12/90 (Art. 9).

**\* Mission d'éducation sanitaire :**

Mission de prévention, de recherche, d'enseignement, de formation, elle incombe à l'ensemble des établissements assurant le service public hospitalier. Le **SAMU** coordonne la formation des professions médicales et paramédicales mais aussi des ambulanciers, tous participant à l'activité de médecine d'urgence.

**1.4. Mise en place d'un SAMU départemental :**

**le SAMU 87**

Le 21 mars 1977 le **SAMU 87** est créé sous l'impulsion du Professeur **FEISS** et du Docteur **MATHE**. A cette époque il existe une équipe médicale et une ambulance de réanimation.

En octobre 1980, le **SAMU de LIMOGES** s'installe dans ses nouveaux locaux.

En février 1990 est mise en place une extension des locaux.

Le 1er juin 1990, le **Centre 15** prend place au sein des locaux du **SAMU 87**.

**\* Les locaux :**

Il y a une salle de réception des appels où travaillent les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) et, attenant, un bureau où se trouve le Médecin régulateur du **SAMU**. Le Médecin Régulateur du Centre 15 est dans un autre bureau à proximité.

Les bureaux des médecins, un secrétariat, des chambres de garde, une salle de conférence et une salle à manger complètent les installations. De plus un garage pour les véhicules du **SMUR** se trouve dans le même bâtiment avec un accès direct par l'intérieur. Enfin la pharmacie et la réserve du matériel se trouvent à proximité du garage.

**\* Les moyens d'intervention**

- 3 véhicules "lourds" ou ambulances de réanimation servant pour transports primaires et secondaires.

- 3 véhicules "légers" (dont un 4 x 4) permettant de se rendre rapidement sur les lieux d'intervention et travaillant en collaboration avec les VSAB de pompiers ou les ambulances privées.

- 1 véhicule non médicalisé servant au transport du personnel dans l'enceinte du CHU.

- Depuis le 14 juillet 1989, le **SAMU 87** dispose d'un hélicoptère de type ECUREUIL loué auprès de la Société HELICAP et financé par le Conseil Régional, les Conseils Généraux de la Haute-Vienne et de la Creuse et la ville de LIMOGES. Cet appareil est disponible 24 heures sur 24 (en fonction des conditions météorologiques) et est équipé pour les transports sanitaires de tout le matériel nécessaire aux soins de réanimation.

- Enfin un appareil ECUREUIL de la gendarmerie de LIMOGES peut être utilisé par le **SAMU 87** pour certaines interventions primaires ou secondaires.

**\* Le personnel**

- Le Directeur du **SAMU** est le **Professeur FEISS**.
- Le Directeur Adjoint est le **Docteur MATHE**.
- Deux médecins anesthésistes-réanimateurs praticiens hospitaliers et un médecin oxylogue complètent le pool médical.
- Six stagiaires internés (Résidents en médecine générale) qui reçoivent une formation continue théorique et pratique leur permettant de connaître la médecine d'urgence et ses techniques.
- Les PARM sont au nombre de 8 et fonctionnent en 3 postes par jour.
- Les Ambulanciers sont 10 à travailler exclusivement au **SAMU**.
- Les infirmières qui travaillent au **SAMU** ont également une activité en anesthésie. Il existe un pool de 40 infirmières environ.
- Deux pilotes dont un est disponible 24 heures sur 24.
- Un mécanicien hélicoptère.
- Une surveillante
- Une secrétaire médicale
- Trois agents hospitaliers.

A signaler que *la garde* qui commence à 17 heures et se poursuit jusqu'à 8 heures se compose :

- d'un médecin régulateur anesthésiste-réanimateur
- d'un anesthésiste réanimateur ou médecin oxylogue :  
médecin SMUR,
- d'un interne (résident en médecine générale ou étudiant en DES d'anesthésie-réanimation) rompu à l'oxylogie,
- d'une infirmière,
- d'un ambulancier,
- d'un permanencier.

**\* Les moyens de communication**

- Téléphones comprenant des lignes directes avec les pompiers et le service des urgences de l'hôpital.
- Téléx du CHU.
- Radio **SAMU** sur 150 MHz, fréquence propre aux véhicules **SMUR** et utilisée en collaboration avec certaines ambulances privées travaillant avec le SAMU 87.
- Radio Pompiers sur 85 MHz pour correspondre avec les centres de secours et les véhicules pompiers de tout le département.
- Enregistreur des appels sur téléphones et sur réseau radio, fonctionnant en permanence.

- Informatique : depuis le 18 mai 1988, le **SAMU de LIMOGES** s'est doté d'un système informatique appelé SIAMU (Système d'Information de l'Aide Médicale Urgente) et qui permet la gestion des affaires traitées. Le logiciel SIAMU se constitue de (26) :

- \* aide à la régulation
- \* interventions médicales
- \* données statistiques médicales - épidémiologie
- \* données statistiques administratives
- \* régulation des Appels SAMU - Centre 15

Pour permettre l'exploitation de ce logiciel, le SAMU 87 s'est doté de 8 écrans-claviers et d'une imprimante avec dérouleur de bandes pour assurer la sauvegarde des données.

#### \* Centre 15

Si le numéro "15" existe depuis le 1er février 1988, en Haute-Vienne, le Centre 15 est mis en place depuis le 1er juin 1990 dans le cadre du décret du 16 décembre 1987.

Ce Centre 15 fonctionne à LIMOGES avec un pool de 28 médecins généralistes qui assurent une régulation médicale de type médecine générale 24 heures sur 24. Ils travaillent en collaboration avec les médecins de ville et les ambulanciers privés principalement.

CHAPITRE II

FONCTIONNEMENT D'UN SAMU

## II - FONCTIONNEMENT D'UN SAMU

---

Le **SAMU** est un système d'écoute permanente téléphonique et radiotéléphonique des appels pour personne en détresse.

Il met en jeu des moyens de secours adaptés et il est chargé de la coordination de ceux-ci. Le **SMUR** est constitué d'une équipe médicale et paramédicale spécialisée qui dispose des moyens de diagnostic, de traitement et de surveillance des états de détresse et qui se rend auprès des malades. C'est un des moyens d'intervention du **SAMU** (70).

### 2.1. Le **SAMU** et la régulation médicale :

Le **SAMU** est un service public à vocation départementale rattaché à un service hospitalier. Il a sous son autorité un ou plusieurs **SMUR** ; il est sous la tutelle administrative du Préfet et du Ministère de la Santé. Sa gestion est placée sous l'autorité du Directeur Général du Centre Hospitalier Régional ou du Directeur de l'établissement d'implantation. Sa direction est assurée par un médecin à temps plein, anesthésiste-réanimateur (17).

En règle générale il existe un **SAMU** par département qui représente un "Centre de réception et de régulation des appels". Ce **CRRA**, en application du Décret du 16 décembre 1987, voit la régulation médicale des appels faite conjointement par les médecins régulateurs du **SAMU** et les médecins libéraux (60).

### 2.1.1. Principes de la régulation médicale (cf Annexe 3)

L'intervention d'une équipe médicale spécialisée, précieuse parce que rare, ne se justifie que pour les détresses vitales et ne peut être systématique (41).

La médecine a un coût et l'intervention d'une unité de médecine d'urgence, certes polyvalente, sur toute urgence ressentie ne peut se concevoir. Réguler pour le SAMU veut donc dire maîtriser les dépenses de santé même si le paiement à l'acte des soins et transports sanitaires urgents qui se pratique actuellement pousse à l'inflation (56). Ainsi progressivement ont été mis en place ces systèmes de régulation des appels.

Les SAMU doivent être aujourd'hui en mesure de réaliser la régulation médicale de tous les appels, c'est à dire améliorer la qualité de la réponse, du tri et de l'appréciation de la quantité d'urgence médicale d'un appel. De même ils doivent être capables de faire le choix du premier intervenant qui soit le mieux adapté, le moins onéreux et le plus rapide (56). Cette phase de régulation, souvent méconnue de la fonction du SAMU, est aussi importante que la phase d'intervention d'une équipe médicale compétente sur le lieu d'intervention. L'harmonisation de ces deux phases est le garant d'une prise en charge précoce, cohérente et efficace de toutes les urgences (59).

- La "cascade" de la régulation débute par un appel qui aboutit au standard téléphonique ou radiophonique. Le Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) est le premier interlocuteur ; il recueille les coordonnées précises des lieux d'intervention ainsi que l'identité de l'appelant et de la victime.

De plus le PARM prend des renseignements d'ordre général afin de décider de la bascule vers le régulateur du **SAMU** ou vers le régulateur du Centre 15.

- C'est au Médecin Régulateur d'apporter une réponse adaptée ou plus précisément d'effectuer un jugement qui apporte une réponse.

- La réponse doit être adaptée à la situation : conseil médical, envoi d'un médecin généraliste, d'un VSAB (véhicule des pompiers), d'une ambulance privée ou d'une équipe de **SMUR**.

- Le Médecin Régulateur transmet alors sa décision au PARM qui est chargé de sa mise en application.

- Le Médecin Régulateur situé au **SAMU** se trouve dans l'impossibilité immédiate d'effectuer un diagnostic. Par contre du fait de sa fonction en retrait de l'action, il peut corriger certains diagnostics ou donner des avis thérapeutiques lors des contacts avec les médecins du **SMUR** sur les lieux.

- Il oriente le patient en respectant son libre choix vers la structure d'accueil la plus adaptée.

### 2.1.2. Qui sont les participants de la régulation médicale ?

Si l'Unité Mobile Hospitalière est la face visible d'un SAMU, celui-ci ne peut fonctionner que par la présence, 24 heures sur 24, de deux éléments fixes qui sont essentiels le **Permanencier** et le **Médecin Régulateur** qui forment un ensemble soudé et complémentaire pour écouter, entendre et agir. Cette interaction permanente s'identifie comme le "*binôme Permanencier - Médecin Régulateur*" (49).

#### 2.1.2.1. Le PARM

Le Permanencier est loin de n'avoir qu'un rôle d'agent téléphoniste qui se borne à demander ou à transmettre une communication.

Le Permanencier a un rôle de relais indispensable entre l'appelant, le Médecin Régulateur et les moyens d'intervention. Il va être le premier interlocuteur face à l'appel quelle que soit sa provenance. Tant que le PARM n'a pas localisé l'appelant, le dossier ne peut être valablement enregistré et ouvert (55).

Il doit alors :

- prendre les renseignements administratifs et topographiques,
- établir une fiche de régulation (cf Annexe 4),
- transmettre l'appel au Médecin Régulateur concerné.

Lorsque les moyens mobiles apportant la solution à la demande sont déclenchés, le **PARM** doit assurer le suivi de leur régulation :

- aider les mobiles dans leur cheminement,
- remplir une main courante contenant le déroulement de tous les événements,
- informer les services d'accueil.

La formation du **PARM** nécessite des compétences techniques (49) :

- téléphone, radiotéléphone, réseaux radio, télex éventuellement,
- topographie, cartographie,
- maintenance des fichiers des gardes (médecins, paramédicaux, ambulanciers privés...)
- secrétariat médical,
- informatique.

La formation "in situ" dont ont bénéficié le plus souvent les permanenciers actuels devrait laisser progressivement la place à une formation adéquate et polyvalente sur le plan national. Le Décret du 21 septembre 1990 reconnaît maintenant le statut de **PARM**. Leur formation doit permettre à chaque permanencier de prendre en charge psychologiquement, techniquement et administrativement chaque malade ayant recours au numéro 15. Ils doivent être capables d'en assurer la responsabilité, qu'il s'agisse de la responsabilité morale ou de la responsabilité médico-légale (18).

#### 2.1.2.2. Le Médecin Régulateur (38)

Comme le décrit **J.M. MAUBERT (58)** le Médecin Régulateur est un anesthésiste-réanimateur dans la plupart des cas, mais aussi dans certains **SAMU** un médecin généraliste ou un interne formé à l'oxylogie. Le Médecin Régulateur n'acquiert qu'avec beaucoup de temps une expérience suffisante. Le roulement relativement rapide des médecins dans les **SAMU** pose un problème d'importance pour la formation de régulateurs compétents.

Il faut savoir qu'une grande part de l'activité du médecin d'un **SAMU** est consacrée à la régulation. Mais il est nécessaire que le Médecin Régulateur exerce aussi la fonction de médecin **SMUR** régulièrement, pour être confronté aux situations et pour mieux les appréhender dans sa tâche de régulation (80). Pour **L. LARENG (49)** le Médecin Régulateur responsable à chaque seconde du fonctionnement du **SAMU** et du Centre 15 doit posséder des compétences médicales d'anesthésiste-réanimateur et avoir acquis de l'expérience dans le domaine de la médecine générale, du **SMUR**, des urgences, de la réanimation et de l'anesthésie.

- Lorsque l'appel est transmis par le permanencier, le Médecin Régulateur prend en charge cet appel, décide du moyen de traitement le plus adapté et établit la relation médicale à tous les niveaux (appel, intervenants, accueil...) Le Médecin Régulateur répercute ensuite sa décision sur le

permanencier qui est chargé de son application stratégique (49). La régulation est une fonction médicale qui ne peut être déléguée à un permanencier, quelle que soit la formation de ce précieux auxiliaire (41).

- Son rôle est donc :

- 1) Ecouter et trier les appels. Il faut par des questions claires et faciles, juger de la nature de l'urgence et analyser la part qui revient à l'angoisse.
- 2) Surveiller la bonne exécution de la réponse. Le Régulateur donnera ainsi des conseils aux différents intervenants et pourra ainsi améliorer la qualité de la réponse.
- 3) Assurer la formation et l'enseignement du personnel qui travaille à ses cotés.

Le Médecin régulateur doit être un praticien qui interroge, qui conseille, qui soigne et qui enseigne (15).

- Le Médecin Régulateur, premier maillon de la chaîne des secours a un rôle prédominant dans la dédramatisation de la situation, dans la crédibilité et la confiance à l'égard de l'équipe qui interviendra sur place.

Devant ces situations vécues comme difficiles voire dramatiques par l'appelant, où chaque seconde compte, le temps de régulation peut paraître du temps perdu. Il faut savoir d'une part que les renseignements, médicaux et topographiques, sont fondamentaux (matériel, véhicule ou équipe

différents en fonction du lieu ou de la pathologie) et d'autre part que, si le cas semble réellement dramatique, le Médecin Régulateur fait partir immédiatement une équipe avant de continuer un interrogatoire plus détaillé. Il reste alors disponible pour prodiguer quelques conseils en attendant l'arrivée du **SMUR (58)**.

- Deux qualités principales sont donc requises pour le Médecin Régulateur du **SAMU** :

- un niveau de connaissances médicales de qualité et de surcroît adaptées à ce type de médecine "rapide",
- des qualités rationnelles développées, ainsi que le sens de l'organisation en situation d'urgence.

### 2.1.3. Les moyens d'aide à la Régulation

- Le téléphone :
  - . plusieurs lignes de sorties,
  - . lignes directes avec pompiers, police, préfecture
  - . lignes intérieures directes avec réanimation, cardiologie, pédiatrie...
- les systèmes radio :
  - . canal Pompiers sur courtes et longues distances
  - . canal réservé au **SAMU** et à certains ambulanciers collaborant à l'activité **SAMU**.
- le télex
- la télémétrie pour l'envoi d'ECG ou d'autres examens complémentaires (dans certains **SAMU**).

- les bandes enregistrées sur toutes les entrées et sorties des communications du **SAMU**. Elles ont un rôle dans la confirmation d'adresse ou de renseignement clinique. Elles ont également un rôle de témoin en cas de litige.
- les listes des personnels de garde : médicaux, paramédicaux , ambulances privées,
- la cartographie (cartes routières, plans de ville d'accès particuliers)
- l'informatique : elle permet d'augmenter la fiabilité et la rapidité de la réponse, avec la consultation synthétique des conduites à tenir d'ordre administratif ou médical. Elle permet la gestion de toutes les interventions. Elle peut aider à la connaissance de la disponibilité d'accueil des différents services concernés par l'urgence (29)

#### **2.1.4. Moyens de réponse dont dispose le Médecin Régulateur**

- Le **SMUR** dont on verra qu'il représente environ un quart de l'activité globale du **SAMU** . La mise en place d'une sortie **SMUR** se conçoit en cas de détresse grave, et un médecin spécialisé intervient grâce à l'Unité Mobile Hospitalière.

- Les sapeurs pompiers sont envoyés pour des interventions sur la voie publique lorsque le Médecin Régulateur estime qu'un geste médical ne sera pas nécessaire. Néanmoins le contact radio reste permanent et obligatoire avec le **SAMU**. La gestion de l'urgence médicale doit être assurée par le 15 (57) et les pompiers doivent être un organe effecteur au même titre que les autres.

- Les ambulances privées de garde : lorsqu'il s'agit d'une intervention à domicile sans médicalisation a priori nécessaire. Là aussi le contact radio est nécessaire avec le **SAMU**.

- Autre équipe secouriste : Croix Rouge.....

- Police, gendarmerie : en association avec les pompiers pour la sécurité sur la voie publique, mais il faudra faire très attention aux problèmes du secret médical dû au malade (cf CHAPITRE III,3,1). -

- Le médecin traitant ou le médecin de garde, qui sera contacté par le Régulateur du **SAMU** ou du **Centre 15** face à une urgence jugée non vitale.

- Les conseils : ils sont techniques, adressés aux praticiens libéraux qui appellent le 15. Pour les particuliers ils peuvent consister en un renvoi vers le médecin traitant ou un conseil d'hospitalisation ou encore des conseils simples précédant l'arrivée du médecin.

L. LARENG dans un éditorial déclare que "tous les moyens auxquels on a recours sont absolument indispensables, soit séparément, soit en même temps". Il dit également que "ce système n'aboutira à de meilleurs soins que s'il est coordonné et par conséquent reviendra à un meilleur coût". Il ajoute "on soigne d'autant plus efficacement que cela coûte moins cher" (49).

## 2.2. Le Centre 15

### 2.2.1. Son Fonctionnement

Le "numéro d'appel unique 15" conçu à l'origine comme devant faciliter seulement l'accès au SAMU pour les cas graves, a été détourné de cet objectif simple pour être mis à la disposition également de "la permanence de soins" apanage des omnipraticiens. Ce "détournement" date d'une lettre-circulaire ministérielle de 1979 qui a été confirmée par la Loi du 6 janvier 1986 et le Décret du 16 décembre 1987.

L'Article 11 de ce dernier Décret précise "la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente" et confirme que "la participation de ceux-ci .... est déterminée par convention".

L'Article 15 assure "l'indépendance professionnelle du praticien".

L'Article 16 indique que "pendant leur tour de garde les médecins qui assurent la permanence de soins restent disponibles et tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informé du début et de la fin de chacune de leurs interventions"

### 2.2.2. Ses participants

Présent 24 heures sur 24 dans la salle de régulation du Centre 15, le médecin vacataire issu de la médecine libérale envoie sur place le moyen le plus adapté à la situation qu'il régule. Dans la majorité des cas "l'urgence ressentie" par le demandeur nécessite des soins à domicile qui seront assurés par un médecin généraliste.

Le Centre 15 renvoie donc les appels d'urgence non vitale vers le médecin traitant dans un premier temps ou vers le médecin de garde de la commune si le premier n'est pas joignable. En cas d'empêchement ou si l'urgence semble plus immédiate (asthme, douleurs thoraciques...) il peut envoyer un médecin d'un groupement d'urgence avec véhicule d'intervention rapide ou bien une Unité Mobile Hospitalière. Le Centre 15 doit disposer des listes de gardes des praticiens libéraux mais aussi des ambulances privées, dans chaque commune, ceci éventuellement par le biais de l'informatique (12).

### 2.2.3. Les résultats de la régulation

Ce sont en général les particuliers qui appellent, et qui demandent le plus souvent un médecin ou une ambulance. Les renseignements et conseils médicaux semblent être en augmentation dans les Centres 15, ce qui évite les déplacements abusifs des médecins et fait mieux sentir l'importance de cette régulation de médecine d'urgence. L'utilisation du Centre 15 représente de toute évidence une facilité dans l'urgence, que celle-ci soit vraie ou ressentie (74). L'appel de ce numéro unique "SANTÉ" (le 15) garantit un pronostic en jouant la carte de la précocité et de la compétence (80).

### 2.3. L'Unité Mobile Hospitalière (UMH) ou Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

L'Unité Mobile Hospitalière (UMH) aussi appelée Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est un service hospitalier public qui a pour objectif d'assurer les transports médicalisés. Le SMUR reste donc l'organe effecteur d'un centre de régulation qui est le SAMU. A chaque SAMU correspondent un ou plusieurs SMUR répartis sur le territoire et rattachés à un centre hospitalier suivant une liste établie par le Ministère de la Santé (60).

La répartition s'effectue de manière à éviter toute zone dite "*blanche*" sur le territoire français. La vocation des SMUR est de participer aux secours immédiats donnés aux victimes sur les lieux d'un accident ou à domicile (44).

### 2.3.1. Le Personnel

Chaque équipe d'intervention est composée en général comme suit :

- un médecin,
  - une infirmière,
  - un ambulancier.
- Le **Médecin** est un anesthésiste-réanimateur participant aussi à l'activité de régulation, ou bien un médecin formé à l'oxyologie mais généraliste de formation. Enfin ce peut être un interne formé spécialement à la médecine d'urgence.
- L'**Infirmière (19)** est la plupart du temps une infirmière spécialisée en anesthésie-réanimation (ISAR). Elle sait pratiquer les gestes techniques de base de la médecine d'urgence (intubation, pose de voie veineuse...). Ces gestes effectués par un personnel qualifié et spécialisé permettent au médecin d'élaborer de manière plus lucide une stratégie diagnostique et thérapeutique. En plus de sa fonction soignante elle s'occupe des problèmes administratifs (nom, adresse...), assure un soutien psychologique important et enfin a un rôle primordial dans la gestion du matériel et de la pharmacie.

- L'**Ambulancier** : il est possesseur du Certificat de Capacité d'Ambulancier (**CCA**) et du Brevet National de Secourisme (**BNS**). C'est un ambulancier de l'hôpital ou bien un membre de la Croix Rouge Française. Il est chargé de conduire le véhicule rapidement mais sûrement vers le lieu de détresse. Il doit pour cela connaître parfaitement la cartographie, et avoir préparé son trajet au préalable. Il est apte à aider l'infirmier ou le médecin dans la préparation du matériel et des injections. Il assure le brancardage du malade en collaboration avec les autres membres de l'équipe. Enfin il est chargé de la maintenance des véhicules du **SMUR**. Dans certains **SMUR**, la fonction de conducteur peut être exercée par les sapeurs pompiers professionnels.

### 2.3.2. Les moyens matériels

L'équipe médicale et le matériel de réanimation et de secours d'urgence sont acheminés par le moyen mobile le plus rapide et le plus adapté à la situation, permettant une prise en charge dans les meilleurs délais des personnes le nécessitant.

Le moyen de transport peut être :

- Un véhicule de liaison contenant le matériel mais ne pouvant transporter de victime, celle-ci étant prise en charge par une ambulance privée ou un VSAB (**V**éhicule de **S**ecours aux **A**sphyxiés et aux **B**lessés).

- Un véhicule lourd type ambulance de réanimation pouvant être équipé d'un matériel sophistiqué de réanimation et assurant le transport du malade en primaire ou secondaire.

- Un moyen aéroporté :

. Hélicoptère qui appartient au SAMU (donc équipé avec du matériel de réanimation et de soins d'urgence en permanence). Dix **SAMU** en possèdent actuellement.

. Hélicoptère appartenant à la protection civile ou à la gendarmerie (Médicalisé dans ce cas à chaque intervention)

. L'utilisation de l'avion peut s'envisager pour des évacuations sanitaires de longue distance et nécessitant une médicalisation sophistiquée.

### 2.3.3. Les types d'interventions effectuées

- Le **transport primaire** : consiste à acheminer une équipe médicale et paramédicale rompue à l'oxylogie vers le malade qu'il soit à domicile ou sur la voie publique. Elle se pratique avec une ambulance de réanimation du **SMUR**, un véhicule de liaison (collaboration avec une ambulance privée ou un VSAB de pompiers) ou avec un hélicoptère.
- Le **transport secondaire** : permet l'évacuation d'un malade d'une unité médicale (clinique, hôpital) vers un autre service pour examen spécialisé ou prise en charge spécialisée (chirurgie cardiaque infantile, service de grands brûlés par exemple). Elle se pratique aujourd'hui surtout par moyens héliportés ou par ambulance de réanimation.

- Le **transport intra-hospitalier** : transfert d'un malade d'un service à un autre service plus spécialisé ou plus concerné par la pathologie. Ce malade bénéficie surtout d'une surveillance de ses constantes vitales et des différents appareillages dont il dispose (malade intubé, drainé...)
- Les **actes de réanimation** : ce sont des demandes d'actes de réanimation particuliers, effectués en urgence dans les services hospitaliers sans transfert de malade. Ils ne se conçoivent qu'en l'absence de médecin qualifié dans le service concerné et doivent demeurer des mesures exceptionnelles.

## 2.4. Bilan synthétique de deux années d'activité dans un SAMU départemental : le SAMU 87

Le bilan permet d'avoir un aperçu global de l'activité du **SAMU 87** sur une période allant du 1er juin 1988 au 31 mai 1990. Pourquoi ce choix d'analyse avec un recul de deux ans ? Simplement parce que le système de traitement informatique des données de l'activité du **SAMU 87** avec le logiciel SIAMU a été mis en place à LIMOGES le 18 mai 1988.

Les chiffres seront présentés soit en globalité, soit en pourcentage et seront brièvement commentés. Il est décidé que la plupart des chiffres seront arrondis à l'unité près.

### 2.4.1. Appels et affaires traitées : aspects quantitatifs.

Pendant cette période de deux ans le **SAMU** de LIMOGES a reçu : **25 305 appels** correspondant à **21 772 affaires**. La différence s'explique par le fait que plusieurs appels peuvent concerner une même affaire. De même chaque affaire peut aboutir soit à une sortie **SMUR**, soit à un conseil médical, soit enfin à une orientation vers un autre partenaire de l'Aide Médicale Urgente.

**21 772 affaires** traitées en deux ans correspondent à une moyenne d'environ **30 affaires/jour**.

\* Dans environ **25 %** des cas "l'affaire traitée" par la régulation médicale du **SAMU 87** aboutit à une sortie **SMUR**, ce qui rend compte de la rigueur de la régulation.

Les interventions **SMUR** sont au nombre de 7286 en deux ans soit une moyenne d'environ **9 sorties par jour**.

\* Dans **75 %** des cas il n'y a pas d'intervention du **SMUR** et la régulation médicale du **SAMU 87** aboutit à :

- **56 %** VSAB non médicalisé,
- **24,9 %** conseil médical,
- **7,1 %** ambulance privée non médicalisée,
- **7,4 %** médecin de ville,
- **4,6 %** autres (alerte police, alerte pompiers, autres renseignements...).

Les **56 %** par VSAB comptabilisent les sorties Pompiers pour lesquelles le **SAMU 87** est seulement informé de l'intervention, l'appel étant parvenu au "18".

#### **2.4.2. Aspects qualitatifs des appels**

Une analyse rapide nous permet d'étudier ce qui se passe en amont du régulateur du **SAMU 87**.

#### 2.4.2.1. Origine des appels

- 43 % du domicile,
- 30 % de la voie publique,
- 10 % des établissements de soins,
- 6 % d'un lieu public,
- 1 % d'un cabinet médical,
- 10 % autres.

Ainsi plus de 40 % des appels au SAMU 87 sont effectués du domicile du malade . L'appelant peut être un proche du malade, le témoin d'un accident ou un médecin généraliste.

#### 2.4.2.2. Les demandeurs

- 46 % pompiers,
- 21 % un tiers,
- 10 % un médecin,
- 7 % hopitaux et cliniques,
- 5 % gendarmerie,
- 5 % le sujet lui-meme,
- 3 % les autres SAMU,
- 3 % autres.

\* 46 % des appels ont comme origine les sapeurs pompiers. Ceci est dû à l'appel encore prédominant de la population sur le "18" pour des problèmes médicaux.

\* 10 % des demandeurs sont des médecins mais leurs appels correspondent dans la plupart des cas à une sortie du SMUR.

#### 2.4.2.3. Mode d'arrivée de l'appel

- 31 % par le numéro 15,
- 23 % par le numéro du SAMU 87 (Tél. 55.33.33.33)
- 37 % par le 85 MHz (Réseau pompiers)
- 9 % autres.

A noter que la mise en place du numéro 15 en Haute-Vienne date du 1er février 1988 et l'information auprès du public a certainement joué sur l'augmentation croissante du pourcentage.

#### 2.4.3. Les interventions SMUR

Les différents types d'intervention qu'effectue le SMUR 87 se répartissent comme suit :

- 79,1 % de primaires,
- 17,3 % de secondaires,
- 3,0 % de transports intra-hospitaliers
- 0,6 % d'actes de réanimation.

#### 2.4.4. Commentaires sur l'hélicoptère du SAMU 87

Les chiffres concernant l'ECUREUIL HELISMUR 87 sont significatifs seulement sur 10,5 mois dans cette étude : depuis le 14 juillet 1989, date d'arrivée de l'appareil au SAMU 87.

Hélismur 87 a réalisé depuis sa mise en place au SAMU 87 : 411 heures de vol jusqu'au 31 mai 1990, soit 201 primaires et 311 secondaires.

Dans la période du 14/7/89 au 31/05/90 :

- 2575 primaires ont été réalisés ce qui correspond pour l'Hélismur à 8 % des primaires
- 625 secondaires ont été effectués, soit près de 50 % pour l'Ecureuil du SAMU 87.

Voici donc exposé brièvement le bilan de la régulation d'un SAMU départemental rattaché à un CHRU.

CHAPITRE III

VADE-MECUM DE MEDECINE LEGALE

POUR

LES PARTICIPANTS DES SAMU-SMUR

### III - VADE-MECUM DE MEDECINE LEGALE POUR LES PARTICIPANTS

---

#### DES SAMU-SMUR

---

#### 3.1. Le secret professionnel

La notion de secret médical est très ancienne puisqu'on la retrouvait déjà chez HIPPOCRATE environ 500 ans avant Jésus-Christ.

Le secret médical est défini par le Code Pénal de 1810 dans son Article 378 ; il est complété par le Code de Déontologie Médicale de 1979.

#### 3.1.1. Bases juridiques

##### 3.1.1.1. Textes de Loi

\* Article 378 al. 1 du Code Pénal "Les médecins chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cinq à quinze mille francs".

\* Décret n° 79-506 du 2 juin 1979 portant Code de Déontologie médicale. Il concerne uniquement les médecins dont il précise les obligations.

- Article 11 : " Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris."

- Article 12 : " Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment".

- Article 13 : " Le médecin doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches cliniques et des documents qu'il peut détenir concernant ses malades.

Lorsqu'il se sert pour des publications scientifiques de ses observations médicales il doit faire en sorte que l'identification des malades ne soit pas possible"

- Article 75 : " Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions."

- Article 81 : " *Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui l'emploie, auquel il ne peut ni ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.*

*Les renseignements médicaux contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à une autre administration."*

\* Circulaire n° 1796 du 20 avril 1973

Relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publics et adressée par Monsieur Jacques BAUDOIN, Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, aux Préfets et aux DRASS (cf Annexe 5).

\* D'autre part rappelons que la profession d'infirmière a vu l'Article 378 du Code Pénal repris par l'Article 481 du Code de la Santé Publique : " *Le secret professionnel concerne tout ce que l'on a appris, surpris, deviné du malade, par le fait ou l'occasion de la profession. C'est une obligation qui découle directement de la confiance du malade en son médecin et en l'équipe de soins qui l'assiste."*

### 3.1.1.2. Principes du secret professionnel

L'Article 378 du Code Pénal, le Code de Déontologie de 1979 ainsi que la Circulaire de Monsieur BAUDOUIN de 1973 (qui rappelle la portée générale de l'obligation de secret médical) sont donc les fondements juridiques de ce secret médical.

Cette notion de secret médical paraît souvent mal comprise, certains voyant là, non pas un moyen de protéger le malade mais une sorte de paravent pour la profession médicale (40).

Le secret médical a été institué dans l'intérêt des malades et témoigne du respect que le médecin porte à son patient.

- Il est d'intérêt privé : c'est à dire qu'il assure la protection de l'intimité des personnes.

- Il est d'intérêt public : il est nécessaire que toute la population fasse confiance aux médecins (53).

Il est à remarquer qu'il n'existe pas dans la loi de définition précise du contenu du secret à conserver et que seul le Code de Déontologie fournit des indications, par ailleurs très vagues, sur les éléments constitutifs du secret

En pratique, ce sont les différents apports de la jurisprudence qui, au fil des années, ont contribué à combler cette lacune en conférant à la notion de secret une portée très large (11).

**a) Ce qui est couvert par le secret médical**

Le secret professionnel a un caractère général et absolu, même si ce secret médical ne peut être opposé au malade et si la loi prévoit des dérogations au secret.

Le secret professionnel englobe tout ce qui concerne la vie privée du malade et qui aura été appris au cours de l'exercice professionnel.

Ceci concerne les antécédents du malade, son état de santé, sa situation familiale, sociale ou professionnelle. Ces révélations peuvent être faites en toute connaissance de cause ou bien sans que le malade ne leur attribue une importance réelle.

Les faits rapportés par le malade qui seraient déjà connus par la rumeur publique font partie du secret.

Le secret couvre également ce qui est déduit de l'examen clinique du patient ou des examens complémentaires biologiques, radiologiques ou autres (exemple : présence d'un projectile sur une radiographie).

Il est à noter que les constatations négatives doivent être tues (11).

Pour les malades pris en charge par les hôpitaux publics : *"Le secret médical garantira la non-divulgation à des tiers de tout renseignement médical intéressant un malade hospitalisé. En revanche les renseignements d'ordre purement administratif ne sont en principe pas couverts par le secret professionnel"* (Circulaire n° 1796 du 20 avril 1973)

**b) Qui est tenu au secret professionnel ?**

Les détenteurs du secret sont toutes les personnes participant aux soins du malade soit directement soit indirectement.

Sont donc concernés les médecins mais aussi, comme le précise l'Article 12 du Code de Déontologie, les personnes qui les assistent dans leur travail (11). Pour ce qui est des infirmières l'Article L 481 du Code de la Santé Publique reprend les conditions du secret professionnel.

Par contre, comme le précise **Monsieur BAUDOUIN**, "*le service public hospitalier est indivisible et constitue un tout en regard des dispositions relatives au respect du secret professionnel.*" Les discussions entre plusieurs médecins au sein d'un même établissement à propos d'un malade sont admises dans le cadre du secret médical partagé.

Enfin il est très important de savoir que le secret n'est pas levé par la mort du malade et qu'en principe personne ne peut délier le médecin du secret.

**c) A qui est opposable le secret**

Le secret est opposable aux tiers, c'est à dire à tous ceux qui ne participent pas, directement ou indirectement aux activités de soins :

- la famille,
- les amis,
- les membres des professions médicales et paramédicales qui ne collaborent pas au traitement.

Si le malade ne peut manifester sa volonté, la communication de renseignements médicaux aux ayants droit peut se faire. Mais ceci doit être entouré de garanties de manière qu'il soit bien établi que leurs intérêts ne divergent pas de ceux du patient.

Le secret est bien sûr opposable à l'administration hospitalière, aux différentes assurances, aux administrations extérieures : police, justice, sécurité sociale, sauf dérogations ou réquisitions.

Le secret n'est pas opposable au malade, mais par contre le malade ignore en réalité les termes du secret. En effet, il s'agit d'une part des propos du malade et d'autre part de tout ce que le praticien aura vu, entendu ou déduit de son exercice médical. Il n'est donc pas possible au malade d'obliger le médecin à révéler le secret.

Le malade peut se faire remettre tout ou partie de son dossier médical, ou le faire remettre à un médecin qu'il aura désigné (cf **Annexe 6**).

La jurisprudence estime que la communication du dossier médical hospitalier se fera "*par l'intermédiaire du médecin traitant*". Ceci parce que le dossier "*est susceptible de contenir des éléments dont la connaissance nuirait au malade, compromettrait la paisible conduite du traitement, apprendrait aux proches ce que fut l'intimité de la personne*".

Le médecin traitant pourra bénéficier des "renseignements utiles et documents intéressants" ceci bien sûr avec l'accord du malade (11).

Il faut ici noter l'Article 42 du Code de Déontologie selon lequel : *"Pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave.*

*Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais la famille doit généralement en être prévenue, à moins que le malade n'ait au préalable interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite".*

De même l'Article 7 du Code de Déontologie précise l'obligation d'information due aux proches lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté. La jurisprudence semble admettre, pour le bien du malade, un partage des renseignements médicaux avec la famille. Le médecin doit alors se laisser guider dans ses propos par son expérience et son intuition, et par l'intérêt du malade (11).

Concernant les mineurs, le médecin renseignera la plupart du temps les parents, à moins que cela corresponde à une trahison inutile ou nuisible. C'est l'intérêt du mineur qui doit guider la conduite du médecin.

#### **d) Conditions de révélations**

L'intention de révélation est nécessaire et suffisante mais l'intention de nuire n'est nullement requise. Le moyen de cette révélation importe peu, ainsi que le nombre ou la qualité des personnes auxquelles la révélation est faite, à condition qu'il s'agisse d'un tiers. Donc le délit de violation du secret médical est constitué lorsque 4 éléments se trouvent réunis :

1. Révélation à un tiers.
2. Faire partie des professions tenues au secret.
3. Révélation faite avec intention volontaire.
4. Absence d'autorisation légale de révéler le secret.

#### **3.1.2. Les dérogations au secret médical**

L'évolution de la société a provoqué l'apparition de dérogations au secret professionnel. Les exceptions au principe du secret sont fondées sur un intérêt supérieur à l'intérêt privé. Les dérogations sont obligatoires ou facultatives et permettent "*certaines révélations*" à un "*certain destinataire*" (4).

##### **3.1.2.1. Les révélations obligatoires**

Elles sont fondées soit sur une nécessité administrative, soit sur le besoin de protéger la santé publique, soit encore sur la nécessité de maintenir l'ordre public (4).

**\* La déclaration de naissance**

L'Article 56 du Code Civil en fixe les conditions :  
Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours suivant l'accouchement à l'Officier d'Etat Civil du lieu de naissance. L'obligation qui pèse sur le médecin est subsidiaire, il n'est tenu à la déclaration qu'à défaut du père.

La jurisprudence considère que le médecin ne doit déclarer que la naissance et n'est contraint d'indiquer ni le nom de la mère, ni le lieu de l'accouchement.

**\* La déclaration de décès**

Le décret du 28 mars 1960 : *"Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil ; celui-ci ne pourra la délivrer que sur production d'un certificat par le médecin qu'il aura chargé de s'assurer du décès"*.

Le médecin établit un certificat constatant la mort (cf CHAPITRE IV,4.5.5.).

**\* La déclaration des maladies contagieuses**

Les Articles L 11 et L 12 du Code de la Santé Publique régissent les conditions de déclaration .

La déclaration dont les modalités sont précisées dans une circulaire du 18 janvier 1988, doit être faite au Médecin Directeur du Bureau d'Hygiène, ou au Médecin Directeur de la D.D.A.S.S. La maladie est désignée par un numéro d'ordre et non en clair.

**\* La déclaration des maladies vénériennes**

Les Articles L 254 à L 260, L 289 et L 290 du Code de la Santé Publique, ordonnance du 25 novembre 1960 expliquent les conditions de déclaration. La liste des maladies ainsi déclarées est fixée par le décret du 10 juin 1986.

Article L 257 : *"La déclaration des maladies vénériennes est obligatoire et, suivant les cas précisés aux articles suivants, se fait sous forme de déclaration simple ou de déclaration nominale.*

*La déclaration simple comporte le diagnostic, sans mention du nom du malade. Les déclarations sont faites à l'autorité sanitaire par le médecin dans des conditions fixées par décret".*

Il est donc imposé au médecin de déclarer à l'autorité sanitaire les maladies vénériennes en période contagieuse. La déclaration nominale ne s'effectue que si il existe un risque de contagion pour un ou plusieurs tiers, ou bien s'il existe un refus ou un arrêt de traitement.

**\* Les certificats d'accident du travail**

Ils sont régis par l'Article L 441.6 du Code de la Sécurité Sociale.

**\* Les maladies professionnelles**

L'Article L 461.5 et L 461.6 du Code de la Sécurité Sociale définit les conditions de leurs déclarations.

**\* Les maladies mentales**

Les Articles L 326 à L 354 de la Loi du 27 juin 1990 en sont les fondements juridiques (cf CHAPITRE IV.4.1)

**\* Les incapables majeurs**

La conduite à tenir est défini par l'Article L 327 à L 330 de la loi du 27 juin 1990. Elle définit les mesures que sont : sauvegarde de justice, tutelle, curatelle.

**\* La déclaration des alcooliques dangereux**

Elle est basée sur l'Article L 355.2 du Code de la Santé publique et la Loi du 15 avril 1954 (cf CHAPITRE IV.4.2).

**\* La surveillance sanitaire des enfants en bas age :**

Elle est régie par les Articles L 164.1 et suivants du Code de la Santé Publique qui imposent l'établissement par les médecins de certificats mentionnant, le cas échéant, les différentes anomalies notées chez les enfants ; ces certificats sont adressés à l'autorité sanitaire.

**\* La dénonciation des agissements criminels**

Article 62, alinéas 1 et 2 du Code Pénal : *"... sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois ans et d'une amende de 360 F à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, celui qui, ayant connaissance d'un crime déjà tenté ou consommé, n'aura pas, alors qu'il était encore possible d'en prévenir ou limiter les effets ou qu'on pouvait penser que les coupables ou l'un d'eux commettraient de*

*nouveaux crimes qu'une dénonciation pourrait prévenir, averti aussitôt les autorités administratives ou judiciaires".*

Article 40 alinéa 2 : *"Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au Procureur de la République, et de transmettre à ce magistrat, tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs".*

Article 63 alinéa 3 : *"... sera puni d'un emprisonnement de 3 mois à 5 ans et d'une amende de 360 F à 20 000 F, ou l'une de ces deux peines seulement, celui qui, connaissant la preuve de l'innocence d'une personne incarcérée provisoirement ou jugée pour crime ou délit, s'abstient volontairement d'en apporter aussitôt le témoignage aux autorités de justice ou de police".*

(cf CHAPITRE III, 3.1.5.2.).

### 3.1.2.2. Les révélations facultatives

Dans un certain nombre de cas la loi donne la faculté au médecin de dénoncer un acte ou de témoigner en justice sans encourir les peines applicables à la violation du secret professionnel. Mais aucune obligation ne lui est faite.

#### \* Interruption volontaire de grossesse

C'est le Code Pénal, Article 378 alinéa 2, modifié par la Loi du 17 janvier 1975 qui permet au médecin de dénoncer un avortement.

Article 378 alinéa 2 : *"Toutefois les personnes ci-dessus énumérées (se reporter à l'al 1 de l'article 378, déjà cité) sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués*

*dans les conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues... ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine".*

\* Les sévices et privations de soins sur la personne des mineurs de moins de 15 ans

L'Article 378 alinéa 3 du Code Pénal (loi du 15 juin 1971) donne les conditions d'intervention du médecin :

"Les <sup>^</sup>mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1 lorsqu'elles informent les autorités médicales et administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne des mineurs de 15 ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession : citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine". Il est complété par l'Article 225 alinéa 2 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale qui étend la possibilité de déclaration à l'autorité judiciaire aux assistants et auxiliaires du service social.

Enfin l'Article 45 du Code de Déontologie médicale précise : "*Lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour le*

*protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection, mais en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans".*

**\* Le viol présumé ou l'attentat à la pudeur**

Article 378 alinéa 4 du Code Pénal (Loi du 23 décembre 1980) : *"N'encourt pas les peines prévues, tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou qu'un attentat à la pudeur a été commis".*

La loi autorise le médecin à révéler ses constatations médicales lorsqu'il considère probable un viol ou un attentat à la pudeur. Sa conviction, fondée sur ses constatations, ne peut qu'être confirmée par les déclarations de la victime, dont il doit obtenir l'accord avant d'informer la justice. Il semble préférable de recueillir ce consentement par écrit.

**\* La déclaration des toxicomanes**

Article L 355-18 du Code de la Santé Publique : *"L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé".*

Le médecin peut dans l'intérêt du patient signaler un toxicomane à l'autorité sanitaire (cf CHAPITRE IV.4.3.3.).

**\* Les pensions militaires d'invalidité, pensions civiles et militaires de retraite**

Le problème est juridiquement défini par la Loi du 3 avril 1955, le Décret du 20 décembre 1976 et l'Article L 31 du Code des Pensions Civiles et Militaires de retraite.

Ainsi le médecin, qui a en sa possession, des documents médicaux susceptibles de faciliter l'obtention d'une demande de pension, est autorisé à communiquer ces renseignements ou ces pièces au patient lui-même, ou sur sa demande, aux services administratifs compétents dont les agents sont tenus au secret professionnel.

**3.1.3. Secret médical et intervention des Unités  
Mobiles Hospitalières (U.M.H.)**

Le Docteur HENNEQUIN définit parfaitement le cadre des problèmes médico-légaux des spécialiste de l'urgence (40) :  
*"Le médecin de SMUR, intervenant sur la voie publique, sur les lieux de travail ou à domicile, dans le cadre relativement nouveau de l'aide médicale urgente, se trouve fréquemment confronté à des problèmes médico-légaux qu'il ne connaissait auparavant qu'au travers d'une structure hospitalière hiérarchisée, sécurisante et protectrice.*

*C'est ainsi qu'il se trouve en première ligne, au contact des familles, du public, des autres intervenants et le cas échéant des autorités municipales voire préfectorales, parfois même de représentants du parquet. Le praticien qui va vers le patient en détresse, va aussi vers d'inévitables*

*difficultés médico-légales qu'il est d'autant moins préparé à affronter qu'il est plus jeune et peu familiarisé avec les textes juridiques.*

*Sa situation est inconfortable car les décisions qu'on attend de lui doivent être prises rapidement dans des circonstances variables alors que pèsent de tout leur poids les contraintes sociales dans une ambiance généralement peu propice à la sérénité et à la réflexion".*

Les atteintes au secret professionnel peuvent se faire sur l'ensemble du déroulement du secours : lors de l'appel ou de la mise en alerte, lors des messages radiophoniques ou téléphoniques, lors de la rédaction des rapports d'interventions et de la gestion informatique des dossiers et enfin dans les relations avec les médias (33).

#### **3.1.3.1. Alerte et régulation (9)**

La loi sur l'aide médicale urgente du 6 janvier 1986 et ses décrets des 30 novembre et 16 décembre 1987 précisent comment les Centres de Réception et de Régulation des Appels sont interconnectés avec les services de police et d'incendie et de secours dans le respect du secret médical.

Concernant la transmission de l'alerte plusieurs problèmes se posent :

- En zone rurale, bien souvent encore, le "18" aboutit à la brigade de gendarmerie qui déclenche l'intervention des sapeurs pompiers. Ceci implique la présence quasi systématique de la police ou de la gendarmerie sur toute

intervention, et donc l'impossibilité de parler de secret en ce qui concerne l'identité, l'adresse et bien souvent la nature de l'affection.

- L'alerte systématique du départ de VSAB en agglomération auprès de la police ne se justifie absolument pas et pose le même problème que précédemment.

- L'utilisation d'un réseau Hertzien sur 85 MHz qui est commun au SAMU, aux pompiers et aux forces de police (Convention du 31 mai 1960, confirmée par la Circulaire N° 226 du 12 mars 1973) présente l'avantage d'un déclenchement rapide de l'alerte et d'un contact permanent avec le centre de régulation. Par contre la transmission de données médicales et relatives à l'identité de la victime doit être totalement prohibée, ceci allant contre le principe fondamental du secret médical.

- L'utilisation des ondes hertziennes que ce soit sur 85 MHz ou sur la fréquence SAMU (150 MHz) ne met pas à l'abri des curieux, voire d'une certaine presse, pour qui l'utilisation de récepteurs scanners est quasi permanente (42).

- La Loi sur l'Aide Médicale Urgente prévoit l'interconnexion du 15 avec le 17 et le 18. Cette mesure pose des problèmes quant au respect du secret médical.

Il semble que les relations filaires soient le moyen le plus discret lors de l'alerte et la régulation. Il faut savoir la privilégier.

### 3.1.3.2. Sur le terrain

#### a) Relations avec les sapeurs pompiers

- L'Article 352-8 du Code des Communes précise que les pompiers se doivent de respecter le secret médical (rejoignant en ce sens l'Article 12 du Code de Déontologie).

- L'Article 26 de la Loi du 13 juillet 1983 parle de "*discrétion professionnelle*" lorsque les sapeurs pompiers se trouvent en dehors de la collaboration avec les équipes médicales.

Il est à noter que l'obligation de discrétion professionnelle vaut pour les pompiers volontaires également.

- Les sapeurs pompiers dont la participation au ramassage et à l'évacuation des blessés est très importante doivent prendre conscience de la notion du secret partagé avec les médecins qui les dirigent.

Il est impératif qu'ils évitent de donner identité, coordonnées téléphoniques et adresse, concernant les patients pris en charge, sur la fréquence radio.

- Concernant les médecins sapeurs pompiers civils, le Décret N° 88-623 du 6 mai 1988 dit en son Article 48 qu'ils "**exercent leur art en toute indépendance dans le respect de leur Code de Déontologie**" (42).

- D'autre part il n'existe aucune subordination juridique entre les différents services publics susceptibles de répondre à l'appel de la population.

**b) Relations avec les transporteurs sanitaires.**

Ceux-ci sont soumis, au titre d'auxiliaires sanitaire au respect du secret médical partagé. La formation des ambulanciers et les conventions signées entre les SAMU et l'ATSU (Association de Transport Sanitaire d'Urgence) se doivent de mentionner l'Article 378 du Code Pénal.

Le Code de Déontologie Article 12 rappelle aussi que "le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment".

Enfin les membres de la Croix Rouge Française sont tenus au respect du secret par convention (Convention du 16 septembre 1987 - Article 8).

**c) Relations avec les forces de police et de gendarmerie**

Dans un certain nombre de situations délicates (suicide, toxicomanie, agressions diverses...) les patients ou les familles désirent avoir des soins urgents et spécialisés avec une grande discrétion de l'équipe médicale (70).

La présence des forces de l'ordre est indispensable pour le maintien de l'ordre public, la protection du sur-accident, la sauvegarde des victimes et de leurs biens. Par contre leur présence lors d'intervention SMUR à domicile ou sur les lieux de travail n'est pas justifiée sauf en cas d'ouverture de porte ou circonstances "suspectes" (42).

Cette présence déclenchée souvent par les sapeurs pompiers apparaît comme une véritable violation du secret médical. Le malade pris en charge par le **SMUR** doit bénéficier des protections prévues par la charte du malade hospitalisé (Décret du 14 janvier 1974).

Il faut bien sûr faire la différence entre les questions posées par les forces de l'ordre dans l'intérêt des familles et celles qui seraient posées pour la recherche d'un sujet en infraction. Si les forces de l'ordre interrogent le **SAMU** pour savoir si un individu blessé lors d'une manifestation, lors d'une attaque de banque ou d'un vol avec effraction a été pris en charge par ce service, il n'est pas possible aux médecins de répondre à une telle question. De même le médecin n'a pas à dénoncer une victime blessée par arme blanche ou arme à feu (65).

Une lettre ouverte des responsables du SAMU de Pau (13) précise *"qu'il convient de rester très ferme vis à vis des services de police qui n'hésitent pas à profiter de l'ignorance des plus jeunes de nos confrères et qui ne reculent pas devant l'installation d'un climat d'intimidation et de menaces"*. Ils parlent également de l'inquiétude somme toute légitime que constituera l'interconnexion du 15 avec le 17 et 18, en précisant que *"l'activité médicale d'urgence constituera une mine de renseignements"*.

Par contre il faut rappeler que l'accès des forces de police auprès du malade ne peut être refusé par le médecin, sauf s'il pense que son état de santé ne le permet pas (65).

### **3.1.3.3. Dans la gestion des dossiers**

#### **a) L'établissement des rapports d'intervention**

Chaque sortie d'équipe doit faire l'objet d'un compte-rendu détaillé auquel il sera possible de se référer en cas de problème d'ordre médico-légal.

Les feuilles d'intervention et registres de la main courante tenus par le permanencier doivent être conservés indéfiniment.

Concernant la rédaction des rapports par le chef d'agrés d'un VSAB après chaque intervention, ceux-ci ne devraient pas mentionner d'éléments à caractères médicaux donnés par le médecin. En effet ces documents peuvent être transmis sur simple demande (il n'y a pas ici de notion de réquisition) aux autorités administratives publiques ou même à l'autorité judiciaire si le préfet le juge opportun (40).

#### **b) Le stockage informatique des données d'intervention**

Dans de nombreux SAMU, l'on traite par informatique les dossiers médicaux afin de mieux gérer le service, ou à des fins de recherche statistique ou épidémiologique. Ces démarches ne doivent en rien violer la règle du secret médical. L'usage de l'informatique ne peut transformer le contenu du secret médical et porter atteinte aux droits du malade, notamment lorsque les informations sont utilisées hors du service à des fins de recherche ou de publication.

La gestion des données informatiques est soumise à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

La loi prévoit :

- l'obligation de signaler au patient hospitalisé que des informations nominatives le concernant sont traitées par informatique,
- le droit d'accès éventuel du malade au contenu des données informatisées le concernant,
- le codage de manière à occulter totalement, vis à vis de l'extérieur, tout aspect nominatif.

De plus les Articles 42, 43 et 44 de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978 prévoient des peines d'emprisonnement et des amendes pour quiconque n'aura pas scrupuleusement respecté cette loi (4) - (61).

#### **3.1.3.4. Rapports avec les médias**

Il est très difficile de cotoyer le "4ème pouvoir" d'autant que celui-ci est nécessaire pour assurer une information convenable du public sur la distribution d'une aide médicale qui est à son service (11).

Les journalistes sont souvent au courant des faits par un témoin et s'informent aussi volontiers auprès de la police, de la gendarmerie ou des centres de secours de sapeurs-pompiers. Il n'est ainsi pas rare de voir publier, non seulement les circonstances de l'accident, mais aussi, ce qui est beaucoup plus anormal, l'identité des victimes, le type des lésions (42).

Les informations que peuvent donner les journalistes du fait de leurs constatations, n'engagent pas la responsabilité du médecin. Il est impératif que le Médecin SMUR ne divulgue aucune information aux journalistes. Il faut également savoir qu'il existe dans tous les départements une cellule d'information au niveau de chaque préfecture qui s'occupe des relations avec les médias notamment en cas d'intervention de grande envergure ou de catastrophe (53).

Quoi qu'il en soit il ne faut jamais perdre de vue l'intérêt du malade, l'objectif essentiel étant de maîtriser l'information lorsque celle-ci pour des raisons diverses est remise à la presse (4).

Les tournages de films ou interviews sont possibles avec l'accord du patient (et celui du médecin dans un véhicule du SMUR).

Il semble que la rédaction de communiqué soit une bonne pratique qui contribue à renforcer la protection du malade et à préserver ses droits. Chaque terme doit être bien pesé. Le porte-parole peut être soit le médecin qui traite le patient, soit le directeur de l'hôpital (4).

Pour conclure sur les problèmes de secret médical lors des interventions SMUR, le non respect du secret médical entraîne certainement une perte de chance pour certains patients en détresse. En effet les proches ou le médecin traitant peuvent hésiter à faire appel à un SMUR ne garantissant pas lors de son intervention une discrétion suffisante qui doit entourer toutes prescriptions médicales (40).

### 3.1.4. Relations avec l'entourage du malade

Les relations qui s'établissent entre la famille, les proches et l'équipe médicale doivent concilier deux règles : l'obligation de ne révéler aucune donnée médicale tout en maintenant des rapports confiants avec les familles, cela dans l'intérêt du malade.

Il faut savoir qu'en vertu du Décret du 14 janvier 1974, le malade majeur peut demander la plus totale discrétion quand à son admission à l'hôpital. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'Article 7 du Code de Déontologie précise que les proches doivent être "*prévenus et informés*" (4)

Les nouvelles données par téléphone doivent être tout à fait circonspectes surtout si le lien de parenté est faible ou inexistant avec la victime.

Les renseignements médicaux du dossier hospitalier sont donnés aux parents d'un mineur et quelquefois aux proches du malade si cela permet la revendication d'un droit légitime (4).

### **3.1.5. Rapports avec la justice**

#### **3.1.5.1. Le témoignage en justice**

Pour savoir comment concilier témoignage et secret il faut savoir si l'instance judiciaire accuse ou pas le membre de l'établissement hospitalier.

**a) Comme accusé** le principe fondamental, pour le médecin ou un autre membre du personnel de l'hôpital, du droit de se défendre prime celui du secret professionnel. Mis en cause le médecin peut dévoiler à la juridiction saisie tous les éléments utiles et notamment médicaux.

**b) Comme témoin** au cours de l'instance, le personnel hospitalier est tenu de déposer lorsqu'il est requis en vertu de l'Article 109 du Code de Procédure Pénale et de l'Article 206 du Code de Procédure Civile. Par contre si le témoignage sollicité concerne des données couvertes par le secret professionnel, celui-ci met obstacle à leur révélation à la justice.

Il faut aussi savoir que ni le malade, ni ses ayants droit ne peuvent délier le praticien de son obligation au secret, si ce dernier estime que cela est préférable pour l'intérêt du patient.

#### **3.1.5.2. Les dénonciations**

Il a été vu dans le chapitre sur les dérogations au secret médical quelles pouvaient être les révélations faites à la justice.

La dénonciation de faits d'ordre criminel se fait dans le cadre de l'Article 62 et de l'alinéa 3 de l'Article 63 du Code de Procédure Pénale.

Elle s'impose à tout citoyen et donc au médecin, bien que ces derniers soient aussi tenu au secret médical par les dispositions de l'Article 378.

Concernant l'admission des blessés par arme à feu ou armes blanches, la Circulaire du 20 avril 1973 précise bien que ce type de dénonciation est prohibée. Par contre cette Circulaire de **Monsieur BAUDOUIN** précise également *"qu'aucune infraction à l'Article 378 du Code Pénal ne pourrait être reprochée à l'autorité constituée d'un hôpital qui aviserait les services du Procureur de la République d'un crime ou d'un délit dont a été victime un hospitalisé, si la connaissance de ce crime ou délit découle des seules constatations de l'examen effectué par le médecin et si la sécurité du malade et de sa famille ne sont pas compromises par cette déposition"*.

Ainsi le directeur de l'hôpital ou le chef de service du **SAMU** peuvent prévenir le Procureur de la République se référant par là-même à l'Article 40 du Code de Procédure Pénale. Ils en ont d'autant plus le devoir que cette révélation peut innocenter une personne accusée semble-t-il à tort (alinéa 3 de l'Article 63 du Code Pénal).

De même le secret médical est applicable à tout sujet même s'il est hors-la-loi ; la dénonciation d'une personne dont le médecin sait "dans l'exercice de ses fonctions" qu'elle est coupable d'une infraction de nature criminelle ou délictuelle n'est pas obligatoire. Le médecin par le biais d'une autorité constituée peut tout de même faire une dénonciation auprès du Procureur de la République si celle-ci est utile : ceci veut dire que la dénonciation permet de limiter les effets du crime (Article 62) ou d'innocenter une personne accusée (Article 63). La révélation du crime est suffisante sans avoir à préciser l'identité du criminel (4).

#### 3.1.5.3. Saisie des dossiers

Les dossiers médicaux d'intervention et de régulation peuvent être saisis par l'autorité judiciaire. En effet, le juge d'instruction peut saisir tout document dont il estime avoir besoin (en vertu de l'Article 81 du Code de Procédure Pénale).

Pour respecter le secret du contenu médical du dossier, conformément à l'article 96 du Code de Procédure Pénale, il faut que :

- la saisie soit effectuée par un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire (ordre du magistrat instructeur),

- soient présents le directeur, le chef de service du SAMU et en principe un membre de l'Ordre des médecins,

- les documents soient placés sous scellés au moment de la saisie pour que ceux-ci ne puissent être consultés que par le praticien nommé à titre expert.

Les dossiers doivent ainsi être rédigés avec prudence en évitant des termes pouvant devenir accusateurs. Ces documents peuvent en effet se transformer en pièces d'instruction (65).

#### 3.1.5.4. Réquisitions

Tout médecin requis par l'Autorité, c'est à dire en possession d'une réquisition écrite émanant du Parquet ou d'un officier de police judiciaire (cf **Annexe 7**) doit, comme le précise l'Article 367 du Code de la Santé Publique, déférer, tout en respectant les exigences du secret professionnel prévues par les Articles 378 du Code Pénal et Article 11 du Code de Déontologie (5).

Le certificat qui est demandé au médecin par réquisition doit être nécessairement remis à celui qui le demande. Ceci constitue une exception importante à la règle qui veut que la certificat soit toujours remis en main propre au sujet examiné (66).

Le médecin ainsi requis se trouve dans une position très proche de celle du médecin expert inscrit sur une liste auprès de la Cour d'Appel. D'ailleurs il ne semble pas exister de jurisprudence propre à la fonction de médecin requis.

C'est donc à un médecin requis en l'espèce, que la justice a demandé de l'éclairer sur le plan de la technique médicale échappant à sa connaissance.

Les seules circonstances où le médecin peut se soustraire à la réquisition sont :

- l'incompétence pour ce qui est demandé (l'autopsie par exemple),
- le statut de médecin soignant du blessé ou du malade.

Il faut tout de même savoir que ces deux raisons ne semblent pas être admises par la jurisprudence (66).

La réquisition se doit de respecter les Articles 84 à 86 du Code de Déontologie précisant les modalités de la médecine d'expertise.

Ainsi le médecin requis se doit de ne jamais déroger aux cinq règles suivantes (5) :

- 1) Informer le sujet examiné du but de l'examen ayant motivé la réquisition.
- 2) Ne communiquer les résultats de ses investigations qu'à l'autorité requérante et à elle seule.
- 3) Ne révéler que les faits appris au cours des investigations exigées par la réquisition.
- 4) S'interdire de fournir tout renseignement dépassant le cadre des questions posées par l'Autorité requérante.
- 5) Refuser de répondre à toute question échappant à la technique médicale.

Le **médecin SMUR** sur les lieux de l'intervention doit assurer les constantes vitales en priorité mais doit aussi être un partenaire attentif de la justice dans des situations médico-légales.

### 3.1.6. Les certificats

Les certificats sont des écrits destinés à constater ou à interpréter un fait d'ordre médical (66)

Les médecins des SAMU sont appelés à rédiger un certain nombre de certificats médicaux dans leur pratique quotidienne tels que :

- déclarations de naissance,
- certificats d'internements,
- certificats de décès,
- certificats pour les compagnies d'assurances.

Il se doivent de connaître les modalités de rédaction et de délivrance.

#### 3.1.6.1. Le Code de Déontologie médicale

Il réglemente les certificats médicaux dans ses Articles 47, 48 et 49 :

- Article 47 : "L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les texte législatifs et réglementaires.

Tout certificat, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé en langue française, permettre l'identification du signataire et comporter la signature manuscrite du médecin. Une traduction dans la langue du malade peut être remise à celui-ci."

- Article 48 : "Le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive.

Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits."

- Article 49 : "La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite".

#### 3.1.6.2. Quels certificats dans le cadre du SAMU

- Certificats de naissance (cf CHAPITRE III.3.1.2.: les dérogations au secret médical)
- Certificats de décès (cf CHAPITRE IV.4.5 : les décès et certificats de décès)
- Certificats d'internement (cf CHAPITRE IV,4.1 : les malades psychiatriques)
- Certificats de non hospitalisation : Ils sont demandés par la police, en cas de blessures bénignes. Ils ne nécessitent pas de réquisition et doivent être délivrés après un examen soigneux sans subir la pression des forces de l'ordre.

### 3.1.6.3. Règles de rédaction

Le certificat ne peut être rédigé qu'après un examen médical de la personne concernée. Pour les certificats médicaux demandés aux Médecins **SMUR**, parfois longtemps après les interventions, il est d'un intérêt capital que chaque sortie d'équipe fasse l'objet d'un compte-rendu détaillé auquel il sera possible par la suite de se référer (42).

Le certificat doit être rédigé clairement, lisiblement, en langue française, et comporter :

- les nom, qualité et adresse du médecin (pour les Médecins **SMUR**, il faut indiquer le nom de l'hôpital, du service intéressé et du médecin),

- les nom, date de naissance et domicile de l'intéressé,

- parfois l'énoncé, en les lui attribuant, des déclarations du demandeur ou de son entourage,

- la description des symptômes et des lésions constatées au cours de l'examen,

- la conclusion qui en découle, s'il y a lieu,

- la date exacte et lisible et la signature du médecin obligatoirement manuscrite (43).

Il faut préciser que le médecin ne doit jamais antidater un certificat, ce qui correspondrait à l'équivalent d'un faux témoignage (11).

Le malade doit être informé du contenu précis du certificat pour qu'il puisse en disposer à son gré. Il doit rester maître du certificat et des secrets qu'il contient.

Le certificat doit toujours être remis en main propre à l'intéressé lui-même. La jurisprudence admet qu'un certificat puisse être remis aux ayants droit seulement s'il existe une absolue nécessité du document médical dans la solution d'un litige et avec le consentement explicite de l'héritier (70).

En aucun cas le certificat ne peut être remis à la police ou à la gendarmerie sauf sur présentation d'une réquisition écrite.

Il semble que les internes (stagiaires internes, faisant fonction d'interne, étudiant en DES d'anesthésie-réanimation) puissent établir les différents certificats (même sur réquisition), au même titre que les médecins titulaires du diplôme de docteur en médecine (43)-(65)-(66).

#### 3.1.6.4. La législation répressive

Le médecin rédigeant un certificat engage par écrit sa responsabilité. La rédaction d'un certificat n'est pas un acte sans conséquence.

La responsabilité à la fois civile et pénale du médecin est engagé.

Les Articles 160 et 177 du Code Pénal punissent de sanctions "celui qui dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, justifiera faussement ou dissimulera l'existence de maladies ou infirmités ou un état de grossesse ou fournira des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur les causes du décès".

D'autre part, d'autres Articles du Code Pénal peuvent punir les faux certificats, pour faux en écriture, délit d'escroquerie ou complicité d'escroquerie (66)-(11).

### 3.1.6.5. Problèmes particuliers des compagnies d'assurance

Les compagnies d'assurance réclament souvent des certificats notamment pour les sujets décédés.

Les médecins du **SMUR** ou du **SAMU** n'ont pas à délivrer de certificat à une assurance.

Ils peuvent par contre adresser à la famille ou au médecin de la compagnie d'assurance un certificat attestant que le sujet est décédé. Ils peuvent même préciser qu'il s'agissait d'un accident de la circulation. Il ne faut pas aller au delà et en aucun cas ne doivent être précisées les causes de la mort (65) (cf Annexe 8).

Il semble tout de même qu'on puisse admettre une certaine souplesse lorsque la révélation est le seul mode de preuve possible pour permettre aux héritiers de faire valoir un droit (4). Le médecin se doit alors de juger en son âme et conscience.

Si la compagnie pense que le décès est dû à une cause exclue du contrat, c'est à elle d'en établir la preuve et non au bénéficiaire de l'assurance de faire la preuve contraire (65).

D'autre part si la compagnie d'assurance réclame un certificat justifiant l'état de santé d'un malade toujours vivant, l'idéal est la remise au malade du certificat dont il fera l'usage qui lui convient (4).

### **3.2. La responsabilité médicale (cf Annexe 9)**

#### **3.2.1. Notions générales**

La responsabilité est le fait général de répondre de ses actes (58).

Tout acte peut mettre en cause la responsabilité des médecins que ce soit lors d'un exercice libéral ou lors d'une pratique hospitalière (77).

La responsabilité médicale est à la fois civile pouvant amener à réparation pécuniaire d'un préjudice, et pénale pouvant justifier d'une peine répressive d'amende ou d'emprisonnement. Pour ceux qui exercent dans un établissement public, se trouvera engagée la responsabilité administrative. C'est une véritable responsabilité civile professionnelle à la charge de l'employeur (31). Ainsi, en cas de dommage infligé à un malade, la réparation doit être obtenue par la mise en cause de l'établissement devant les tribunaux administratifs qui sont les juges naturels de l'administration.

Par contre, le médecin du service public hospitalier est pleinement responsable de ses actes devant la juridiction pénale (31).

##### **3.2.1.1. Responsabilité pénale**

Elle est individuelle et personnelle. Nul ne peut s'y soustraire (79). Elle n'est pas propre au médecin et tout citoyen peut faire l'objet de poursuites devant la juridiction pénale du fait d'homicide, blessures et coups

volontaires et involontaires (Articles 319 et 320 du Code Pénal) ou du fait de l'abstention volontaire de porter secours (Article 63 du Code Pénal). Concernant directement l'activité des professions médicales deux Articles du Code Pénal peuvent être la base de poursuites pénales :

Article 378 traitant du secret professionnel et l'article 160 réprimant les faux certificats (77). Mais d'autres Articles du Code Pénal de portée plus générale peuvent aussi toucher les médecins.

L'existence de l'infraction pénale est constituée par la réunion des 3 éléments suivants (11) :

- élément légal : c'est le contenu de la loi que "nul ne doit ignorer"

- élément matériel : c'est l'acte perturbateur dans sa matérialité,

- élément moral : constitué soit d'une intention volontairement coupable, soit d'une faute morale de comportement (négligence, imprudence).

\* L'Article 319 pénalise celui qui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements a involontairement commis un homicide ou en a été involontairement la cause (79).

L'information judiciaire peut alors être ouverte, contre un médecin nommément désigné ou "contre X".

\* L'Article 320 envisage des poursuites si par défaut d'adresse ou de précautions, le patient présente des blessures ou maladie, entraînant une incapacité totale de travail personnel pendant plus de trois mois (79).

\* L'Article 63, 2ème alinéa vise quiconque s'abstient volontairement de porter aide à une personne en péril. L'aide apportée doit être sans risque pour lui et pour les tiers, et réalisée, soit par action personnelle, soit en prévoyant un secours (79).

\* L'Article 378 définit le secret médical (Cf CHAPITRE III.3.1.) et l'Article 160 concerne la rédaction de faux certificats, ces deux articles touchant donc précisément la profession médicale.

La responsabilité pénale du médecin peut donc être mise en cause dans l'exercice de sa profession pour les faits suivants (11) :

- homicide involontaire,
- coups et blessures involontaires,
- abstention fautive de porter secours,
- révélation du secret professionnel,
- certificats contenant de fausses déclarations.

#### **3.2.1.2. Responsabilité civile (14)**

Elle permet au malade de demander réparation du dommage qu'il estime avoir subi du fait de l'activité professionnelle du médecin. Elle suit les règles du droit civil, branche du droit privé, qui organise les rapports des individus entre eux (11).

Il est à noter que les patients peuvent engager la responsabilité civile du médecin tant au niveau civil qu'au niveau pénal en se constituant "*partie civile*" pour bénéficier de dédommagements secondairement à des poursuites pénales.

\* Jusqu'à l'arrêt MERCIER (20 mai 1936, cour de cassation), la responsabilité médicale était considérée comme délictuelle. Elle trouvait son fondement dans 3 Articles du Code Civil :

- L'Article 1382 : *"Tout fait quelconque de l'homme qui a causé à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer"*. Il concerne donc la faute intentionnelle.

- L'Article 1383 : *"Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait mais encore par sa négligence ou son imprudence"*. Il concerne donc la faute non intentionnelle, c'est à dire sans intention de nuire.

- L'Article 1384 (Alinéa 2) : *"On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais aussi de celui qui est causé par le fait de personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde"*.

C'est donc au premier titre une responsabilité du fait d'autrui et ceci suppose la réunion de 3 éléments (11) :

- la faute du préposé,
- un lien de subordination,
- l'exercice des fonctions.

Le caractère délictuel de la responsabilité civile des médecins avait comme conséquence un délai de prescription court puisqu'il était de 3 ans.

\* Depuis 1936, le fondement de la responsabilité médicale est de type **contractuel**, les termes de l'arrêt de la cour de cassation dans l'affaire MERCIER étant les suivants :  
"Il se forme entre le **médecin** et son client un véritable **contrat** comportant, pour le praticien, l'**engagement** sinon bien évidemment de **guérir le malade**, au moins de lui donner des soins non pas quelconques mais **consciencieux**, attentifs, et **réserves** faites des **circonstances exceptionnelles**, conformes aux données acquises de la science".

L'obligation du médecin est donc une obligation de moyens et non une obligation de résultats (79).

La responsabilité contractuelle est fondée sur les Articles 1147 et 1142 du Code Civil :

- Article 1147 : *"Le débiteur est condamné s'il y a lieu au paiement des dommages-intérêts soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part"*.

- Article 1142 : *"Toute obligation de faire ou de ne pas faire se résoud en dommages-intérêts en cas d'inexécution de la part du débiteur"*.

A la différence de la responsabilité délictuelle, il existe une prescription trentenaire dans ce cadre de la responsabilité contractuelle.

La responsabilité civile du médecin ne sera engagée qu'en cas de non respect de cette obligation et il faudra que soit apportée par le plaignant une triple preuve :

+ La preuve d'un dommage : les prédispositions ou l'état antérieur du malade doivent être pris en considération afin d'évaluer le préjudice réellement subi car c'est le seul dont l'indemnisation soit due.

+ La preuve de la faute médicale : on peut définir la faute comme un manquement à un devoir préexistant, que n'aurait pas commis le "médecin idéal" (7), placé dans les mêmes circonstances que l'auteur du dommage.

Le fait dommageable peut être constitué par :

- le non respect du secret professionnel,
- la non assistance à personne en danger,
- le refus de soins,
- la non information du patient,
- le non recueil de son consentement libre et éclairé,
- la faute technique au niveau du diagnostic (mis en oeuvre de moyens insuffisants) ou au niveau du traitement.

+ La preuve d'une relation de causalité entre le non respect des obligations de moyens et la survenue du dommage.

### 3.2.1.3. Responsabilité administrative

Les médecins hospitaliers ont une situation particulière. En effet leurs actes relèvent le plus souvent de la compétence de la juridiction administrative. Le tribunal des conflits dans deux arrêts du 25 mars 1957 (Affaire **CHILLOUX** et affaire **Isaad SLIMANE**) confirme que : *"les juridictions administratives sont seules compétentes pour statuer sur la responsabilité encourue par un médecin hospitalier, à raison d'une faute médicale commise dans l'exercice de ses fonctions sauf lorsque cette faute peut être considérée comme détachable du service"*. Les médecins hospitaliers sont donc civilement irresponsables de leurs actes, sauf faute détachable de leur fonction hospitalière.

Par contre la responsabilité pénale du médecin est incontournable. Le médecin hospitalier en tant qu'agent du service public voit l'hôpital se substituer à lui dans certaines conditions, la responsabilité contractuelle jouant alors entre patient et hôpital.

C'est la faute qui fonde la responsabilité de la puissance publique en matière de responsabilité médicale. La faute de l'hôpital public peut être consécutive soit à un fonctionnement défectueux appelé *"faute du service public"* par nature anonyme, soit à la faute d'un agent individualisé. L'établissement public engage sa responsabilité pour tous les dommages causés par ses agents dès lors que *"le dommage n'est pas dépourvu de tout lien avec le service"* (Conseil d'Etat, 18 novembre 1949).

En pratique trois situations peuvent se présenter :

\* La faute personnelle détachable du service.

Dans ce cas la responsabilité de l'hôpital n'est pas engagée et le médecin devra alors répondre de ses actes devant les tribunaux judiciaires (31). Si la victime agit contre l'hôpital devant un juge administratif, l'hôpital peut, dans le cadre de cette faute lourde détachable du service exercer une action récursoire contre le médecin responsable.

La jurisprudence administrative semble retenir comme faute détachable du service :

- . la faute commise hors de la fonction,
- . la faute avec intention malveillante,
- . la faute lourde d'une extrême gravité,
- . la violation du devoir d'humanisme médical (concernant surtout le défaut de consentement libre et éclairé des patients aux interventions médico-chirurgicales).

\* La faute d'un agent non détachable du service.

La responsabilité administrative de l'hôpital est habituellement engagée à l'occasion de faute commise lors d'actes médicaux ou d'actes de soins.

. L'acte médical doit être entendu comme "tout acte dont l'accomplissement présente des difficultés sérieuses et requiert des connaissances spéciales acquises au prix d'études prolongées". Ce sont ceux "qui ne peuvent être exécutés que par un médecin ou un chirurgien ou encore un auxiliaire médical sous la responsabilité directe d'un médecin dans des conditions qui lui permettent d'en contrôler l'exécution et d'intervenir à tout moment" (Conseil d'Etat 26 juin 1959).

A la différence de ce qui est admis devant les juridictions civiles, le conseil d'état a toujours maintenu qu'en cas de faute médicale, la responsabilité du service public n'était engagée que si celle-ci était "lourde et grave". Les fautes peuvent être relevées à tous les stades de la pratique médicale (diagnostic, surveillance, traitement..) (77).

. Les actes de soins sont ceux qui relèvent de la technique paramédicale qui incombent aux auxiliaires médicaux. Dans ce cas la faute simple suffit pour engager la responsabilité de la puissance publique.

\* Les actes de fonctionnement ou d'organisation engagent la responsabilité du service public en cas de faute simple. Cela concerne par exemple le retard de réalisation d'un examen, le défaut de surveillance médicale, les accidents consécutifs à un mauvais entretien du matériel (31)

La responsabilité du médecin du service public hospitalier en matière pénale est engagée comme tout citoyen en cas d'infraction pénale, notamment en cas d'homicide involontaire et coups et blessures par exemple. Si un médecin attaché à l'hôpital était poursuivi devant les tribunaux répressifs, ceux-ci ne pourraient pas fixer de dommages et intérêts. Les victimes devront alors tenter une action différente devant les tribunaux administratifs. Cette règle ne joue pas en cas de faute personnelle détachable du service où les tribunaux répressifs restent compétents en matière d'intérêts civils.

L'assurance civile du médecin du service public permet de couvrir celui-ci au plan civil en cas de faute détachable du service et pour tout acte non effectué au sein du service public, et prend en charge les frais de défense en cas de procès pénal (31).

En conclusion, on peut dire que le choix est en principe simple entre poursuite pénale et poursuite civile, car en ce qui concerne la médecine, c'est plutôt l'indemnisation qui intéresse les gens. Mais paradoxalement le nombre d'actions pénales s'accroît beaucoup plus vite que celui des affaires civiles. Ceci tient au fait que les sanctions souvent sévères, exercées envers le médecin fautif par les tribunaux répressifs, satisfont les plaignants. De plus, en cas d'action pénale, c'est la justice qui effectue

l'enquête, qui avance les frais, notamment ceux d'expertise qui sont souvent élevés (et qui seront finalement à la charge de la partie perdante). De plus, rappelons que la constitution de partie civile permet d'obtenir une indemnisation en cas de poursuites pénales. Dans une affaire civile la preuve est à la charge de l'accusateur qui doit faire l'avance des frais d'expertise et de procédure. Enfin le passage devant le tribunal pénal est en principe plus rapide que devant le tribunal civil (58).

### 3.2.2. Aspects particuliers aux SAMU-SMUR

La responsabilité médicale dans un service d'urgence ne correspond pas à un cadre juridique particulier. Les différences sont dues à la nécessaire rapidité d'exécution des soins dans des situations techniques et relationnelles souvent compliquées. Ces éléments rendant l'exercice médical plus difficile, sont souvent mal appréciés par les experts et les magistrats. De plus, les moyens dont disposent les médecins de l'urgence sont très variables en fonction de l'heure, du jour et du lieu où ils exercent. Cette différence doit être prise en compte dans l'évaluation du respect des obligations de moyens (77).

Dans un avant propos de la revue des SAMU en 1989 (8) Monsieur Jean BASSE, Magistrat, précise que "parmi les médecins" dans le cadre de l'urgence, ceux qui collaborent à

l'aide médicale urgente sont "les moins attaqués". Il souligne aussi que "l'intervention d'urgence bénéficie d'une légitime Aura et c'est plus en aval, au niveau du diagnostic définitif, du traitement, ou de l'opération que la responsabilité du médecin est recherchée". Il mentionne "la responsabilité du régulateur et les temps d'intervention", "la non assistance à personne en péril... qui est très difficile à établir" et rappelle l'utilité de "se ménager des preuves", de "mémoriser les temps d'action" et "de faire noter les refus de soins ou d'hospitalisation". On peut ici rappeler l'utilisation des systèmes d'enregistrement automatique de tous les appels filaires et hertziens sur un appareil multipistes doté d'un horodateur officiel (39). Ce matériel avec archivage sur cassettes présente deux avantages :

- Il est d'abord dissuasif pour un plaignant ayant peu d'arguments devant un document objectif,

- d'autre part en cas de contestation portant sur l'itinéraire ou sur la régulation (51).

Rappelons aussi l'importance de la main courante où l'on note les mouvements et les horaires des activités du **SAMU** et du **SMUR** mais aussi des sapeurs pompiers.

### 3.2.2.1. Responsabilité du médecin régulateur

Les médecins régulateurs, véritables coordinateurs du SAMU, semblent être les plus impliqués dans les problèmes médico-légaux (7).

Leur responsabilité pénale, par exemple relative à la non assistance à personne en danger telle qu'elle est définie par l'Article 63 du Code Pénal est exclusivement personnelle.

En ce qui concerne leur responsabilité civile, les praticiens hospitaliers, agents publics, verront la responsabilité de l'Etat se substituer à la leur, sauf bien sûr, en cas de faute personnelle détachable du service, situation exceptionnelle (7).

Il est fait obligation au médecin régulateur d'obtenir le maximum d'explications de celui qui demande assistance afin de juger de la nature exacte du péril. C'est là le point essentiel. En effet, des questions insuffisantes peuvent entraîner une erreur d'appréciation de l'urgence, avec une réponse inadaptée et insuffisante.

- Le rôle premier du médecin au téléphone est de poser des questions précises pour estimer rapidement la gravité. C'est la jurisprudence qui l'y oblige (58).

- Il doit provoquer un secours puisqu'il ne peut se déplacer lui-même et ce, dans un délai raisonnable, même si par la suite ce secours doit s'avérer inapproprié.

- L'abstention ne doit être qu'une mesure d'exception reposant sur des arguments très sûrs. Il faudra l'éviter au maximum dans la mesure où les moyens d'intervention du médecin régulateur sont nombreux, variés et peuvent être adaptés à chaque situation (58).

- Cette TELE-MEDECINE ou médecine à distance par personnes interposées pose de nombreux problèmes à la fois éthiques et de responsabilité professionnelle (34).

Dans son bulletin n° 11 de décembre 1989, l'ordre des médecins, devant l'application des textes actuels relatifs à la mise en place de centres d'écoute et de réponse téléphonique reconnaît aujourd'hui comme "acte médical" la régulation des appels urgents. La décision d'orientation sous la responsabilité du médecin régulateur correspondrait selon l'ordre à "une authentique prescription médicale" (34).

Mais lorsque le médecin régulateur prend par exemple la décision d'hospitaliser, il engage le patient dans un processus dont de nombreux paramètres lui échappent et qu'il ne peut maîtriser (qualité de l'accueil hospitalier, qualité des soins, niveau de compétence et même coût de l'hospitalisation) devant conduire ce médecin à bien peser sa décision (34).

Les circonstances où la responsabilité du médecin régulateur peut être retenue sont variées mais les plus fréquentes sont :

\* le retard de l'intervention ou la non intervention, où le délit serait en référence à l'Article 63 du Code Pénal.

\* La décision d'hospitalisation où le libre choix doit être laissé au malade dans la mesure où son état lui permet de décider. Le décret du 16 décembre 1987 précise bien que les SAMU ont pour mission notamment de :

. Article 3.3 : *"s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect au libre choix et faire préparer son accueil"*.

. Article 3.4 : *"organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire"*.

Le législateur a donc bien prévu le libre choix du patient quant à son hospitalisation et les moyens de transports à mettre en oeuvre. Ainsi la responsabilité pénale peut être engagée en cas de défaut de consentement, ou absence d'information convenable, "intelligible et loyale" (34).

A l'inverse en cas de non hospitalisation pour un blessé (de la route par exemple) ou malade, s'il y a aggravation ultérieure, la responsabilité du SAMU pourrait être retenue (79).

\* L'erreur thérapeutique

Lors d'un acte médical, nous l'avons vu, la preuve d'une faute lourde doit être apportée pour engager la responsabilité hospitalière et trois critères doivent être réunis : la faute, le dommage et le lien de causalité entre la faute et le dommage. De plus en cas de faute personnelle détachable du service l'hôpital peut exercer une action récursoire contre le médecin fautif (79).

\* Le refus d'hospitalisation ou refus de soins par le malade.

Le consentement à l'acte médical est impératif. Avant de procéder à une intervention ou à tout traitement, il faut au préalable avoir obtenu l'assentiment du malade ou celui de sa famille si l'état de la victime ne le permet pas.

En cas de refus on demandera au malade de signer un certificat de refus de soins, rédigé de sa main. Mais ce certificat n'a pas de valeur légale, et ne dégage pas le médecin de sa responsabilité. Il signale au patient les conséquences médicales d'un refus. En cas de persistance, il faut adresser une lettre explicative au médecin traitant, pour qu'il puisse au moins assurer la surveillance du malade.

Dans le cas où une famille s'opposerait aux soins d'un de ses parents ou proches, on doit en informer le parquet si le sujet est inconscient et en danger. Par contre on ne peut en aucun cas se substituer à l'autorité publique. C'est le cas par exemple des problèmes transfusionnels chez les témoins de Jéhovah.

### 3.2.2.2. Responsabilité des Internes (46)

Dans le cadre des services hospitaliers, aucune différence de principe n'est à faire entre la faute des différents membres du personnel amenés à y exercer la médecine, qu'il s'agisse de médecins, internes ou externes. Cependant l'interne en médecine intervient juridiquement sous la surveillance et la responsabilité du praticien hospitalier hiérarchiquement supérieur dont il relève (7)

Deux décrets promulgués à 40 années d'intervalle 1943-1983, contiennent des indications précieuses sur le champ d'intervention de l'interne.

L'Article 106 du Décret 43-891 du 14 avril 1943, précise que *"les internes sont à la disposition permanente du chef de service et de ses assistants, dont ils exécutent les instructions. Ils assurent..... les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du chef de service"*

L'Article 106 bis édicte : *"Les spécialistes et leurs assistants peuvent confier à leurs internes, certains des actes médicaux.... s'étant assurés au préalable que l'autorisation ainsi donnée sous leur responsabilité, aux internes, n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public"*.

L'Article 2 du Décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 (modifié et complété par les Décrets N° 85-1227 du 19 novembre 1985 et N° 88-485 du 29 avril 1988) précise : *"L'interne est un praticien de formation spécialisée"*

L'Article 3 dit : *"L'interne en médecine exerce ses fonctions... par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève"*

Dans le cadre de l'urgence - qui ne doit pas être seulement alléguée mais démontrée, la juridiction administrative vérifiant si la situation d'urgence est établie - l'interne est livré à lui-même, l'urgence ne permettant pas d'attendre la venue du chef de service. Dans ce cas l'interne doit effectuer les actes nécessaires et, en cas de faute, la responsabilité de l'hôpital est engagée. L'organisation opérationnelle des **SAMU** confie de fait aux internes une délégation de principe, s'appuyant juridiquement sur la notion d'urgence.

Lorsque l'interne intervient par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève, le centre hospitalier sera en général déclaré responsable, hormis le cas de la présence d'une faute de l'interne détachable du service. Le fait ou la faute reproché à l'interne peut être constitutif d'un délit prévu et sanctionné par le Code Pénal: c'est le cas par exemple du délit d'homicide par imprudence ; la victime dispose dès lors de deux options : la voie civile pour la réparation des préjudices subis, et l'option pénale qui autorise la condamnation du responsable à des peines pénales (amende, prison...).

Pour le cas où la réparation du dommage causé par un interne, du fait d'une faute détachable du service, serait recherchée et aboutirait devant le juge civil, l'interne devra assumer sur son propre patrimoine les condamnations pécuniaires prononcées. De même, les amendes pénales prononcées à l'encontre de l'interne ne peuvent être couvertes ni par l'administration hospitalière, ni par l'assurance, elles restent à la charge personnelle de l'intéressé.

### **3.2.2.3. Responsabilité des auxiliaires médicaux**

Le personnel des SAMU-SMUR est composé des médecins qui sont assistés d'infirmiers et infirmières spécialisés en anesthésie-réanimation (ISAR), d'ambulanciers et des permanenciers et permanencières d'aide à la Régulation Médicale (PARM).

- Les **ISAR** obéissent à une condition juridique double. En tant que personne, ils sont soumis comme tout citoyen aux exigences du Droit Commun (Droit Civil et Droit Pénal). Leur vie professionnelle est régie par un code regroupant les règles d'exercice de leur profession et déterminant leur statut : le Code de la Santé Publique (21).

Dans le Décret n° 84.689 du 17 juillet 1984, il est précisé les gestes que l'infirmier est habilité à accomplir. L'Article 6 indique : *"En l'absence du médecin, l'infirmier peut mettre en oeuvre des protocoles écrits de soins d'urgence déterminés au préalable par le médecin responsable."*

*En cas de situation d'urgence, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin..."*

Le travail dans le cadre de l'urgence se fait donc en collaboration et sous la surveillance du médecin responsable de l'intervention **SMUR**.

Dans le secteur public, l'infirmier ne se trouve jugée civilement responsable des fautes commises dans l'exercice de ses fonctions que dans le cas d'une faute lourde détachable du service. Dans tous les autres cas, cette responsabilité engage celle de l'établissement qui l'emploie.

Au même titre que tous les autres employés des établissements publics hospitaliers, l'Article L 800 du Code de la Santé Publique dit que : *"Dans le cas où un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et où le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit couvrir l'agent des condamnations civiles prononcées contre lui et des frais de procédure"*.

Dans le domaine du Pénal, l'infirmier comme tout citoyen peut être jugé pénalement responsable dans tous les cas où ses faits constituent une atteinte au droit commun.

Il répond donc tout particulièrement aux Articles 378 concernant la violation du secret professionnel, 63 concernant la non assistance à personne en danger, 319 et 320 concernant l'homicide involontaire et les coups et blessures involontaires.

En ce qui concerne la responsabilité disciplinaire il n'existe pas en France de Code de Déontologie de la profession d'infirmière (21). Les infirmiers et les infirmières, à défaut d'être soumis à l'autorité d'un conseil de l'ordre, peuvent se voir traduits devant une commission de discipline, instituée dans chaque région sanitaire et présidée par un magistrat de l'ordre administratif (61).

- Pour les autres membres du SAMU, leur responsabilité civile et Pénale est la même que celle des autres membres du service public hospitalier. Ils font partie du personnel général de l'hôpital et travaillent sous la responsabilité du médecin.

### **3.2.3. La responsabilité disciplinaire et la déontologie médicale**

#### **3.2.3.1. Notions générales**

La responsabilité professionnelle peut conduire le médecin devant la juridiction professionnelle (79). Elle s'exerce par l'intermédiaire de l'Ordre des Médecins qui veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de Déontologie (11).

Les sanctions sont infligées au premier degré par le Conseil Régional de l'Ordre qui, saisi obligatoirement par une plainte, agit selon une procédure écrite de type inquisitoire. Le médecin encourt un avertissement ou un blâme. La sanction retenue contre lui peut exceptionnellement revêtir une gravité particulière et consister en une mesure de suspension, voire d'exclusion définitive de l'Ordre.

La sanction peut faire l'objet d'un recours porté devant la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre. La décision procédant de ce recours pourra elle-même être déférée au conseil d'état (61). Les sanctions de l'Ordre sont indépendantes des sanctions des tribunaux de droit commun (79). Si le médecin a été condamné par une juridiction pénale pour un fait autre qu'un crime ou qu'un délit politique, le Conseil Régional de l'Ordre, obligatoirement avisé, peut prononcer une sanction professionnelle (30).

La mise en jeu de la responsabilité disciplinaire n'est pas fréquemment choisie par les plaignants si un acte technique médical est en cause, car elle ne permet pas d'obtenir d'indemnisation pécuniaire. La plainte au Conseil de l'Ordre est souvent associée à des demandes auprès des tribunaux judiciaires ou administratifs en vue d'une réparation pécuniaire, les actions pénales, indemnitaires et disciplinaires pouvant se cumuler (2).

Seuls certaines personnes ou certains organismes sont autorisés à saisir le conseil régional par une plainte, celle-ci devant être écrite et motivée. Peuvent ainsi déposer une plainte auprès de la première instance disciplinaire : le conseil national de l'ordre, le conseil départemental de l'ordre, les syndicats médicaux, le directeur départemental de la santé, le Procureur de la République et tout médecin inscrit au tableau.

Le caractère secret de la procédure exclut le patient du prétoire. Celui-ci est averti par écrit de la décision rendue mais ne peut faire appel.

Le praticien poursuivi pourra se faire assister par un confrère ou par un avocat, le déroulement de l'instance disciplinaire n'est pas public. Le Conseil régional devra statuer dans les 6 mois (61).

A noter que le Code de Déontologie actuellement en vigueur est issu du Décret n° 79.506 du 21 juin 1979. Ce texte définit les principes et règlements de l'exercice de la médecine en France (79).

#### **3.2.3.2. Aspects particuliers à l'exercice de la médecine d'urgence dans le cadre des SAMU-SMUR**

Le Code de Déontologie de 1979 contient plusieurs articles que les médecins de l'urgence doivent bien connaître.

Vis à vis de la discipline et de la déontologie, pour les médecins des SAMU, trois points particuliers peuvent être discutés :

- le libre choix du médecin par le malade
- le respect du secret médical
- la confraternité entre médecins.

- Le libre choix est envisagé à l'Article 6 du Code de Déontologie : *"Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin et lui en faciliter l'exercice"*.

De même l'Article 7 : *"La volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté ses proches, sauf urgence ou impossibilité, doivent être prévenus ou informés"*.

La Circulaire du Ministère de la Santé du 28 décembre 1988 rappelle : *"en ce qui concerne le fonctionnement des centres de régulation et de réception des appels ils doivent bien entendu être organisés... pour apporter une réponse rapide et adaptée en préservant la neutralité absolue au regard des secteurs public et privé de la médecine et de l'hospitalisation"*

Ainsi le principe du droit au libre choix du patient se doit d'être garanti dans ce secteur de médecine d'urgence.

La nécessité de l'efficacité de cet exercice particulier, en conformité avec la déontologie est une des conditions essentielles de validité et de fiabilité de la régulation médicale et de l'intervention des **SMUR** (34).

- **Le respect du secret médical** est une notion inhérente à tout médecin mais encore plus sensible dans le domaine de l'urgence où souvent elle tend à être bafouée.

L'Article 11 du Code de Déontologie spécifie que *"le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire tout ce qu'il a vu, entendu ou compris"*.

L'Article 12 rappelle au praticien *"qu'il doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment"*. Ceci est donc particulièrement à prendre en compte en médecine d'urgence car les équipes de **SMUR** peuvent être nombreuses (infirmières, ambulanciers, stagiaires) et collaborent avec les pompiers, les forces de l'ordre ou les ambulanciers privés.

- **La confraternité entre médecins**

L'Article 50 précise qu'*"il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession"*.

L'Article 52 indique que : *"le médecin appelé auprès d'un malade que soigne un de ses confrères..... lui donne son avis et.... les soins d'urgence nécessaires ; en accord avec lui il en informe le médecin traitant..."*

C'est un point sensible, dans la mesure où les **SAMU-SMUR** interviennent souvent à la demande des médecins. Une bonne collaboration entre médecins **SMUR** et médecins traitants (libéraux ou hospitaliers) est déterminante pour la santé du malade. Une lettre de compte-rendu d'intervention est systématiquement adressée à ces médecins après médicalisation par le **SMUR** de leurs malades (79).

CHAPITRE IV

SITUATIONS A L'ORIGINE DE PROBLEMES MEDICO-LEGAUX  
RENCONTRES PAR LES SAMU-SMUR.

#### IV - SITUATIONS A L'ORIGINE DE PROBLEMES MEDICO-LEGAUX RENCONTRES PAR LES SAMU-SMUR

##### 4.1. Les malades psychiatriques

- Les urgences psychiatriques correspondent à 15 à 20 % des appels au **SAMU**, mais les intoxications volontaires sont comptabilisées (36) - (73).

- Les urgences peuvent être (16) :

- \* la crise "qui correspond à une rupture d'équilibre par rapport au milieu",
- \* la décompensation d'états névrotiques ou psychotiques ,
- \* les états régressifs ,
- \* les tentatives de suicide.

- La démarche diagnostique de la part du médecin régulateur puis du médecin **SMUR** est importante pour assurer une prise en charge adaptée aux différents troubles psychiatriques.

- Le Médecin **SMUR** doit rechercher les éléments de gravité qui sont :

- \* Intensité de la symptomatologie
- \* Existence de traits pathologiques de la personnalité
- \* Antécédents psychiatriques chargés
- \* Suspicion d'une maladie ou d'un traumatisme associé
- \* Absence de réponse à un traitement ambulatoire déjà entrepris
- \* Insuffisance du milieu ambiant.

- En fonction de "l'estimation du risque" pour le malade, le médecin pourra mettre en place une hospitalisation dont les modalités sont légalement prévues (23).

- Lors d'une intervention **SMUR**, le médecin ou l'interne se trouve parfois gêné lorsqu'il doit rédiger un certificat en application d'une des lois concernant les malades mentaux. Ils ont peur d'engager à tort leur responsabilité et de ne pas rédiger correctement le certificat demandé. Pour lever ces craintes, il est nécessaire de connaître au moins dans ses grandes lignes, l'essentiel de cette législation (64).

- Les interventions pour malades psychiatriques ont cette particularité que le malade oppose souvent un refus de soin et d'aide, parfois catégorique et même menaçant.

L'utilisation dans un premier temps d'une médication psychotrope à visée sédatrice peut s'avérer utile en cas d'échec du dialogue ou si le malade semble dangereux pour lui-même ou pour autrui. GRIVOIS affirme qu' "*aucune loi n'interdira jamais de venir en aide à quelqu'un , fût-ce en le privant momentanément de sa liberté d'agir, surtout s'il a perdu celle de choisir, voire même de penser* " (36).

- Ainsi l'orientation du malade psychiatrique pris en charge se fera par (35) :

\* un soin sur place en prévenant le médecin traitant de l'état de son patient et de la surveillance à envisager,

\* une hospitalisation libre en service général ou un placement dans les conditions prévues par la loi.

- Les règles juridiques applicables aux malades mentaux étaient issus de deux textes de loi : celui du 30 juin 1838 et celui du 3 janvier 1968 (79). Aujourd'hui existe la loi récente du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et relative à leurs conditions d'hospitalisation. Cette loi est contenue dans le Code de la Santé Publique (Articles L 326 à L 355). Elle modifie peu les deux lois qui existaient précédemment si ce n'est par quelques points qui seront abordés.

**4.1.1. L'hospitalisation sur demande d'un tiers  
(qui remplace l'ancienne dénomination de  
placement volontaire).**

Trois formalités sont nécessaires à sa mise en oeuvre

**\* La demande d'admission**

Elle doit préciser les nom, prénom, âge, profession et domicile du malade et de celui qui demande le placement ainsi que le degré de parenté ou la nature des relations qui les unissent. Toute personne agissant dans l'intérêt du malade peut réaliser la demande d'admission. Les personnes qui font la demande d'admission doivent être informées des grandes lignes de la prise en charge et des possibilités qu'elles ont de faire cesser l'internement.

**\* Les certificats médicaux**

Ils doivent dater de moins de quinze jours et sont au nombre de deux : un premier certificat ne pouvant être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade. Un deuxième certificat doit confirmer le premier et peut être rédigé par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du malade.

Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement d'accueil, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni enfin du malade (Article L 333).

Le certificat médical doit être établi après un examen personnel et direct du malade. Celui-ci doit être daté, signé, en indiquant le nom et l'adresse du médecin signataire, le nom, la date de naissance et l'adresse de la personne à placer.

Un inventaire des symptômes. Un exposé "*circonstancié*" des troubles du comportement ou des propos caractéristiques du malade sont importants et suffisants.

L'Article L 333-2 précise que le Directeur de l'hôpital en cas de péril imminent pour la santé du malade, peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Il faut savoir qu'en vertu de l'Article L 334 le malade sera examiné dans les 24 heures par un psychiatre de l'établissement qui ne peut être un des deux médecins mentionnés précédemment ; celui-ci rédige un certificat qui sera transmis au préfet et à une commission composée de psychiatres et de magistrats.

De même l'Article L 337 indique l'obligation qui est faite aux psychiatres de rédiger un certificat médical "dans les trois jours précédents l'expiration des 15 premiers jours" qui sera transmis aux mêmes autorités que le premier certificat.

Enfin l'Article L 339 précise les conditions de levée de ce type d'hospitalisation par demande d'un tiers. Celle-ci peut se faire notamment à la demande du proche qui a signé la demande d'admission, " **à moins qu'un parent, jusqu'au 6ème degré, inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'il use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille.**"

\* Identité du malade : Le directeur de l'hôpital doit s'en assurer avec une pièce officielle.

Le Décret du 14 janvier 1974 précise qu'en cas de péril imminent, l'admission peut se faire sans pièce d'identité en mentionnant sur le certificat médical : "**urgence médicale, à prendre sans pièce d'identité**" (64).

#### 4.1.2. L'hospitalisation d'office

Elle est ordonnée par le préfet, c'est un placement de l'autorité administrative.

L'Article L 342 précise la nécessité de la rédaction "d'un certificat médical circonstancié" pour réaliser le placement. Mais "en cas de danger imminent pour la sureté des personnes", l'Article 343 indique que le maire peut pratiquer un arrêté d'hospitalisation "attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique". Il est préférable d'établir un certificat lors du déplacement du SMUR pour rattacher la dangerosité constatée, à l'existence des troubles mentaux.

Cette mesure d'urgence dure 48 heures et doit être confirmée par une décision préfectorale.

De même dans les 24 heures suivant l'admission le Directeur de l'hospital transmet au préfet un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

D'autres certificats sont établis au quinzième jour puis tous les mois, par un psychiatre de l'hospital qui accueille le malade.

Pour la sortie du malade dans ces conditions de placement d'office "deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet" doivent établir "deux examens séparés et concordants".

Il est préférable de privilégier une hospitalisation d'office, si l'internement risque d'accentuer un conflit (couple en instance de divorce, malade présentant un délire de persécution) (36)-(24).

En conclusion la responsabilité du médecin du SAMU se trouve engagée à plusieurs niveaux lors de toute intervention psychiatrique en urgence : dans la prise en charge sur place, en cours de transport, et dans la décision d'hospitalisation. Les soins sur place doivent se solder par un relais avec le médecin traitant ou par une hospitalisation. Le refus de soins doit, soit être respecté, soit amener à l'application de la loi du 27 juin 1990. Enfin le médecin **SMUR** se doit d'informer le confrère, auquel il confie le malade, de la surveillance dont doit bénéficier ce dernier (73).

## **4.2. Les malades éthyliques**

L'alcoolisme est un fléau bien connu de tous les professionnels de la santé. Dans le cadre de la médecine d'urgence deux problèmes peuvent se poser en pratique :

- L'alcoolémie excessive chez les accidentés de la route.

- L'alcoolisme chronique donnant des troubles organiques ou psychiatriques plus ou moins intriqués entraînant un danger pour le malade lui-même ou pour autrui.

### **4.2.1. Concernant l'alcoolique dangereux**

La Loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux a pour but de placer tout alcoolique dangereux sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

- Le signalement à l'autorité sanitaire (DDASS) se fait par :

\* l'autorité judiciaire à l'occasion de poursuites ou lors d'un procès

\* le certificat d'un médecin des dispensaires, des organismes d'hygiène sociaux, des hôpitaux et des établissements psychiatriques

\* le rapport d'une assistance sociale.

- L'autorité sanitaire décide alors :

\* d'une enquête sociale, professionnelle et familiale

\* d'un examen médical

- Cette procédure médico sociale aboutit à :

\* une simple surveillance en consultation au dispensaire

\* ou une comparution devant une commission médicale.

Il existe une ou plusieurs commissions par département  
Ces commissions sont composées de 3 membres dont au moins un psychiatre.

Cette commission médicale décide :

\* la surveillance par un dispensaire d'hygiène social

\* ou l'hospitalisation dans un hôpital général pour désintoxication,

\* ou le placement dans un centre spécialisé (après décision d'un tribunal civil, ordonnant un placement de 6 mois) suivi par une surveillance au dispensaire d'hygiène mentale pendant un an (63). A signaler que la commission peut être amenée à traiter des affaires en urgence et à imposer un traitement dans un centre spécialisé (16).

Pour les médecins du **SAMU**, il parait difficile de saisir l'autorité sanitaire directement en raison du respect du secret médical dû au patient. Ils peuvent par contre utiliser la procédure de placement entrant dans le cadre de loi du 27 juin 1990 face à un épisode psychiatrique aigu, qui débouchera ensuite sur les conditions prévues par la Loi de 1954 pour les alcooliques dangereux (62).

#### 4.2.2. Concernant l'alcool et la route

Rappelons qu'en France, au moins 40 % des accidents de la route sont dus à l'alcoolisme (76). La Loi du 8 déc. 1983 prévoit qu'à partir de 0,80 g/l il s'agit d'un délit qui entraînera des poursuites judiciaires.

Les forces de police peuvent demander un contrôle à tout sujet au volant de son véhicule. Le contrôle est systématique pour les accidents de la route avec dégâts corporels.

Les forces de police ont la possibilité de faire un alcootest dans la mesure où la victime est jugée apte à cet examen par le médecin.

Dans le cas contraire ou si l'alcootest est positif une prise de sang doit être réalisée sur réquisition par un médecin. Il est à noter que le sujet refusant de se soumettre à l'alcootest doit impérativement subir une vérification sanguine.

Un arrêté de septembre 1972 fixe les conditions de réalisation du prélèvement sanguin par le médecin requis. Le prélèvement s'effectue sur sang veineux, après désinfection sans alcool, ni éther dans deux tubes de 10 ml fournis par l'autorité requérante et qui seront scellés par l'officier de police puis envoyés à deux laboratoires. Les résultats seront délivrés à un médecin expert.

Un examen médical sur la fiche B sera effectué et cette fiche sera transmise au Procureur de la République et au médecin expert.

L'Agent de police remplit la fiche A et le laboratoire de biologie la fiche C. Ces deux fiches sont également adressées au Procureur de la République.

Il faut savoir qu'un sujet refusant de se soumettre à la prise de sang est sanctionné des mêmes peines que le délit de conduite sous l'empire d'un état alcoolique.

Rappelons pour conclure que le médecin est tenu au secret médical vis à vis de la justice, même si le sujet est en état d'imprégnation éthylique (que celle-ci soit dépistée ou pas par les forces de l'ordre). Les renseignements médicaux sont donnés aux forces de Police seulement sur réquisition, en remplissant la fiche B.

#### 4.3. Les toxicomanes

La toxicomanie est une pathologie difficile à gérer, tant sur le plan médical, que sur le plan médico-légal.

Le médecin doit respecter la législation en vigueur mais ne peut combler le vide juridique (54).

La Loi du 31 janvier 1970 associe l'action médico-sociale à la répression dans la lutte contre la toxicomanie.

Elle répond au double souci de considérer les intoxiqués comme des malades et de renforcer les peines contre les trafiquants de drogue.

L'Article L 355-18 du Code de la Santé Publique prévoit que les personnes qui sont déférées à la justice ou qui sont décèlées par les médecins et les services médico-sociaux comme ayant fait un usage illicite de stupéfiants de façon soit épisodique soit continue, pourront sous contrôle de l'autorité sanitaire, éviter dans la mesure où ils acceptent de se faire soigner, des poursuites judiciaires qui sont parfois traumatisantes pour des sujets jeunes.

L'Article L 355-21 de ce même code précise que "les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier afin d'y être traités pourront s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite des stupéfiants".

Cette Loi garantit donc l'anonymat aux patients qui le désirent, lorsqu'ils font appel spontanément au médecin.

Cela signifie que les médecins des **SAMU-SMUR** devront prendre les plus strictes précautions dans la rédaction du rapport d'intervention, dans le contenu des messages radio, notamment en évitant de donner nom, adresse et nom commun des substances utilisées (70). Il faut impérativement s'entourer des précautions suffisantes pour que l'utilisation du **SMUR** ne soit pas en elle-même une dénonciation.

En pratique les interventions du **SAMU** pour les toxicomanes sont le plus souvent :

- l'intoxication aiguë avec un sujet conscient (troubles psychiques) ou inconscient (overdose),
- le syndrome de sevrage (état d'agitation avec déshydratation),
- les maladies intercurrentes permettant de mettre en évidence une toxicomanie.

La réponse adaptée se fera :

- sur le versant psychiatrique par la Loi du 27 juin 1990,
- sur le versant organique vers des structures hospitalières d'ordre général ou de type réanimation
- dans les autres cas en essayant d'amener le malade à s'amender, en lui expliquant que par la Loi du 31 décembre 1970, il peut se faire hospitaliser en bénéficiant de l'anonymat.

#### 4.4. Refus de soins et d'hospitalisation

La nécessité du consentement du malade aux soins a déjà été envisagée (cf CHAPITRE III,3.2.2.1). Le médecin du **SMUR** n'a pas le droit d'agir contre la volonté du malade. L'emploi d'une contrainte biologique ou physique (en faisant appel à la force) est une atteinte grave à la liberté individuelle.

En revanche l'attitude d'un médecin qui assisterait sans agir à la mort d'un blessé ou d'un malade refusant tout soin, ne peut se concevoir. Théoriquement le seul droit du Médecin **SMUR** dans un tel cas est d'agir lorsque le sujet perd sa lucidité ou sa conscience ou simplement son aptitude à juger (43).

En cas d'urgence vraie, menaçant le pronostic vital, l'obligation de porter secours permet au médecin, de pratiquer les gestes indispensables malgré l'absence de consentement. Dans le cas contraire, il doit respecter la volonté de son patient et l'éclairer sur les conséquences de son refus en matière de pronostic vital et fonctionnel (75).

Il faut savoir qu'il existe actuellement deux cas où l'on peut passer outre au refus d'hospitalisation :

- Le refus de soins et d'hospitalisation devant un mineur en danger

Devant le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de ce dernier, le médecin peut saisir le Ministère Public, lorsque la santé

ou l'intégrité du mineur risquent d'être compromises. Il existe d'ailleurs une procédure très classique et très rapide puisqu'en cas d'urgence, il suffit de contacter le Magistrat de garde. Par contre, les difficultés peuvent se présenter lorsque l'on en arrive au recours à la force publique pour faire hospitaliser le mineur .

- L'hospitalisation en milieu psychiatrique des malades mentaux par placement selon la Loi du 27 juin 1990 (cf CHAPITRE IV,4.1).

En dehors de ces cas rien ne permet d'imposer à un majeur non protégé une hospitalisation (12).

Face à une hospitalisation qui est refusée, le médecin du SMUR doit :

- examiner le malade et déterminer s'il existe un risque réel, sérieux et imminent,

- apprécier la capacité du malade à accepter ou refuser,

- délivrer une information aussi claire et complète que possible sur les risques qu'il encourt en refusant,

- faire signer par le sujet un document (en vertu du Décret du 14 janvier 1974) constatant son refus d'accepter les soins en y notant les conséquences médicales auxquelles le sujet s'expose en refusant. Si la lettre de décharge n'a aucune valeur légale intrinsèque, elle a une portée psychologique dissuasive, véritable frein moteur à toute démarche procédurière (7).

- tenter de mettre en place un autre moyen de surveillance ou de secours que l'hospitalisation (en faisant appel au médecin traitant par exemple),

- prévenir le magistrat de garde en cas d'imposition d'une hospitalisation.

Le cadre de l'urgence voit donc souvent se confronter la notion de refus de soins ou de refus d'hospitalisation et la notion de non assistance à personne en danger ou la notion d'absence de consentement (22). Le Médecin SMUR se retrouve alors souvent obligé de progresser dans un véritable flou médico-légal que la jurisprudence n'a pas complètement résolu.

#### **4.5. Les décès et les certificats de décès**

##### **4.5.1. Constatation du décès**

Le Code Civil et le Code Pénal confient au médecin le rôle de constater le décès. Ainsi il est nécessaire que soit sur place un médecin qui constate le décès par son examen et qui puisse éventuellement décider de l'arrêt des gestes de secourisme. Rappelons qu'en aucun cas les secouristes ou les sapeurs pompiers ne sont habilités à affirmer le décès, ou à prendre la décision de l'arrêt des soins secouristes.

L'examen du médecin s'assure de l'absence de bruits cardiaques, note le refroidissement, l'hypo- ou l'hypertonie et la mydriase.

Il faut savoir approximativement dater la mort (76)

- < 4 heures : cadavre chaud, souple sans lividité,
- de 4 à 12 heures : cadavre tiède, rigide, lividité effaçable,
- 12 heures à 24 heures : cadavre froid, rigide, lividité immuable,
- > 36 heures : rigidité disparue, et tache verte abdominale (début de putréfaction).

Il faut tout de même se méfier des états de mort apparente avec bradycardie extrême, observés après certaines plaies cranio-cérébrales ou lors d'hypothermie majeure. Il est préférable de ramener un patient perfusé et sous respiration artificielle vers une structure hospitalière si le diagnostic de mort n'est pas parfaitement établi.

La déclaration doit être faite dans les 24 heures suivant le décès.

Le permis d'inhumer est délivré par l'officier d'Etat Civil au vu du certificat de décès établi par le médecin.

#### 4.5.2. La législation thanatologique

L'Article 363-8 du Code des Communes concerne le transport des corps.

- Sans mise en bière le délai de transport est de 18 heures sans soins de conservation, et 36 heures si il y a eu embaumement. Ceci est valable dans un rayon de 200 kms.

- Après mise en bière, on peut transférer un cadavre jusqu'à un délai de 6 jours.

Un arrêté du 17 novembre 1986 fixe la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires.

#### 4.5.3. Certificats de décès (cf Annexe 10)

Le certificat de décès est un imprimé bleu comportant deux parties.

- La partie supérieure comprend l'identité du défunt, si le médecin la connaît, l'heure et le lieu de la mort.

Les nouveaux certificats comportent sept questions auxquelles le médecin doit répondre, concernant les obstacles médico-légaux à l'inhumation.

- La partie inférieure doit être cachetée car elle est théoriquement confidentielle. Elle est envoyée à l'INSERM par l'intermédiaire de la DDASS de façon anonyme et est destinée à l'établissement des données statistiques de mortalité (67).

Le médecin se doit de signer les deux parties du certificat.

#### 4.5.4. Obstacles médico-légaux à l'inhumation

- La mort est dite naturelle si elle constitue la conclusion prévisible d'un état pathologique.

- La mort est dite suspecte si elle est susceptible d'être criminelle. Il peut s'agir (67) :

- \* d'une mort subite, inattendue, imprévisible
- \* d'une mort violente : accident, crime ou suicide
- \* d'une mort simplement suspecte par ses circonstances (découverte d'un cadavre dans un bois, dans une chambre d'hôtel...)

Le Médecin du **SMUR** estimant qu'il existe un obstacle médico-légal à l'inhumation l'indique sur la partie supérieure du certificat de décès, ce qui déclenchera nécessairement l'enquête judiciaire (65).

En effet l'officier d'état civil ou la police, prévenus par cette mention du certificat bleu, avertissent le Procureur de la République qui déclenche une enquête. Si celle-ci conclut à une mort naturelle, le Procureur peut ordonner l'inhumation. Dans le cas contraire, il peut demander un examen du corps par un médecin qu'il requiert. Celui-ci donne son avis au Procureur qui peut également ordonner une autopsie.

En pratique il semble préférable que le Médecin **SMUR** prévienne les autorités judiciaires en cas de mort suspecte. Si la mort ne relève pas le médecin du secret professionnel, il doit savoir qu'il n'y a pas de secret en ce qui concerne :

- les accidents de travail et les maladies professionnelles,
- les pensions militaires.

Si le décès est donc bien en relation avec un de ces cas, un certificat mentionnant les causes du décès peut être rédigé (67).

Devant un suicide qui représente une mort violente et jamais une mort naturelle, si le médecin est sûr de la notion d'Autolyse, il peut inscrire sur le certificat de décès qu'il n'y a pas d'obstacle médico-légal à l'inhumation. Pour les suicides, le secret médical doit être ici totalement respecté (45).

Enfin il faut savoir que certaines morts violentes non criminelles posent des problèmes médico-légaux d'ordre civil notamment dans les accidents mettant en cause la responsabilité d'un tiers (accident de travail ou de circulation).

#### 4.5.5. Collaboration avec la justice

Les équipes de SAMU-SMUR sont souvent appelées à intervenir dans des situations de décès dont les circonstances peuvent relever d'infractions pénales.

Leur arrivée sur les lieux pour porter secours, avant les autorités de police ou de gendarmerie, les désigne comme témoins privilégiés des faits. Leurs gestes de soins peuvent les amener à déplacer des objets et des personnes et de ce fait à modifier l'état des lieux. Ils recueillent aussi les confidences ou les informations des malades ou des tiers.

Les rapports avec la justice (cf CHAPITRE III,3.1.5) peuvent donc se faire dans ce cadre par (27):

- témoignage en justice,
- réquisition et expertise,
- saisie des dossiers.

Le médecin du SMUR, qu'il soit requis ou non, doit noter par écrit les gestes réalisés par l'équipe. Il doit pratiquer un examen soigneux portant principalement sur :

- l'examen de l'état des lieux avec notamment recherche et prélèvement de tâches, traces et objets divers,
- l'inspection du cadavre en vue de la datation de la mort (rigidité, lividité, température cutanée et centrale)
- les éléments d'identification,
- les prélèvements des éléments susceptibles d'être dégradés ou perdus, ainsi que d'un échantillon de sang.

S'il est requis il remet un certificat descriptif conforme à la réquisition en prenant garde de ne conclure que sur des certitudes (71).

#### 4.5.6. Situations particulières rencontrées par les SMUR

\* Décès sur les lieux de travail : ceci implique la rédaction d'un certificat descriptif qui sera ensuite très utile. Ce sont les responsables de l'établissement qui doivent faire toutes les déclarations nécessaires et prendre les mesures pour déclencher l'enquête.

\* En cas de mort d'origine criminelle : en vertu de l'Article 62 du Code Pénal, le Médecin du **SMUR** se doit d'avertir le Procureur par le biais du Médecin Régulateur. Il doit alors être très vigilant sur les différents gestes pratiqués par l'équipe médicale. Il rédige un compte-rendu d'observation des faits pour pouvoir répondre à une réquisition. Bien sûr il existe des réserves qui ont été envisagées dans un autre chapitre (cf CHAPITRE III,3.1.5).

\* Décès pendant le transport d'un malade :

- dans un VSAB de Pompiers : si le décès est constaté avant l'arrivée à l'hôpital, le VSAB ramène le corps au lieu de départ (si c'était au domicile) et l'équipe **SMUR** regagne sa base.

- dans une ambulance du **SMUR** : si l'ambulance est très près du point de départ le corps peut être ramené à son origine, sinon l'ambulance poursuit sa route jusqu'à l'hôpital où siège le **SMUR**.

De toutes façons le véhicule du **SMUR** étant considéré comme Unité Mobile Hospitalière le dépôt pourra se faire sans problème à la morgue de l'hôpital (43) - (79).

CHAPITRE V

ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES  
MORTS SUBITES INEXPLIQUEES DU NOURRISSON (MSIN)  
PROPOSITION DE PROTOCOLE POUR LE SAMU 87

V - ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES MORTS

SUBITES INEXPLIQUEES DU NOURRISSON (MSIN)

PROPOSITION DE PROTOCOLE POUR LE SAMU 87(25)-(28)-(32)

5.1. Rappels concernant la MSIN

5.1.1. Définition - Historique

En 1986 une brochure est réalisée par des pédiatres et autres spécialistes de la mort subite du Nourrisson, sous l'égide du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité. Elle est diffusée à tous ceux qui peuvent être touchés dans le cadre de leur travail par ce douloureux problème. Il y est noté une définition de la Mort Subite du Nourrisson : *"c'est la mort inattendue d'un nourrisson jusque là en bonne santé. Il s'agit d'un syndrome dont l'étiologie n'est pas toujours retrouvée"*.

R. GILLY donne quant à lui, une définition de la MSIN qui est à la fois simple et rigoureuse : *"Il s'agit du décès soudain d'un jeune enfant, inattendu de par son histoire et qui demeurera inexplicquée malgré les examens réalisés après la mort"* (25).

En 1989 le National Institutes of Health avait chargé des experts d'élaborer, entre autre, une définition précise de la MSIN. Il ne retenait comme MSIN que les décès qui restaient inexplicqués malgré un examen post mortem complet, une enquête sur les lieux, une analyse de l'histoire du patient et surtout malgré une autopsie (83).

Le syndrome de mort subite souvent décrit regroupe :

1. La mort subite expliquée (par les circonstances du décès ou par l'autopsie).
2. La mort subite inexpliquée.
3. La Mort subite "rattrapée" (malaises graves nécessitant une réanimation) qui pourra être expliquée ou inexpliquée (68).

Le syndrome de la mort subite du Nourrisson a été décrit il y a près d'un siècle et fait l'objet d'études systématiques depuis plus de 40 ans.

Le concept de la MSIN est reconnu depuis 1963 à la conférence internationale de Seattle aux Etas-Unis (52).

En France en 1983 un groupe de travail composé d'experts en matière de MSIN et des représentants des différentes administrations concernées par ce problème fut créé. Il eut pour mission :

- 1) de faire le point sur les connaissances actuelles sur la MSIN,
- 2) de proposer des mesures pour le recueil des données épidémiologiques, pour la recherche sur l'étiopathogénie et pour harmoniser la prise en charge au plan national.
- 3) de recenser et analyser les obstacles administratifs et financiers lors de la prise en charge du transport, de l'autopsie et du monitoring (25).

A la suite de ces travaux le Ministère de la Santé rédigeait la circulaire du 14 mars 1986 (voir V.5.1.2)

### 5.1.2. Circulaire du 14 mars 1986

La Circulaire élaborée par le Ministère de la Santé crée dans chaque CHRU, des Centres de Référence Régionaux (CRR) qui, entre autres missions, assurent la prise en charge par l'hôpital des frais de transports, des examens complémentaires et de l'autopsie de l'enfant décédé. Ils assurent aussi soins, recherche, enseignement, conseils et appuis techniques aux familles et aux praticiens.

Malgré cette Circulaire sur la MSIN, des problèmes demeurent, liés pour la plupart à l'information insuffisante quant aux procédures administratives en matière de transport de corps.

### 5.1.3. Données épidémiologiques

C'est dans les pays occidentaux, la circonstance la plus fréquente de mort des nourrissons, âgés de 1 mois à 1 an (mortalité post-néonatale) (20).

Tous les groupes de travail qui s'attachent à l'épidémiologie en affirment la haute fréquence : 2 à 3 décès de mort subite et inexplicée pour 1000 naissances vivantes (82).

Chaque année 1500 à 2000 familles sont frappées par ce syndrome en France (25). Il existe pour ces enfants touchés un pic de mortalité entre 2 et 4 mois. Bien que les données épidémiologiques et médicales convergent vers la définition de population à risque, dans la majorité des cas la MSIN frappe de façon aléatoire (25).

#### 5.1.4. Données étiopathogéniques

Les circonstances habituelles du décès sont presque toutes stéréotypées : c'est un nourrisson de 2 à 4 mois qui est trouvé "*mort dans son berceau*" (69), quelques heures plus tôt la mère l'avait couché de façon habituelle, l'enfant était supposé dormir, il n'y a eu aucun cri, aucun pleur. L'entourage ne semble pas avoir été alerté par un signe prémonitoire (32).

L'âge de survenue habituelle de la MSIN correspond à une période transitionnelle où les divers mécanismes qui contrôlent l'homéostasie cardio-respiratoire surtout lors du sommeil peuvent être pris en défaut. A cet âge se produit une multitude de changements concernant : les rythmes de veille et de sommeil, l'alimentation, les relations psycho-affectives avec l'environnement, les mécanismes de défense contre l'infection, les influences respectives des systèmes parasympathique et sympathique (25).

Il faut savoir qu'il y a eu un nombre considérable d'hypothèses avancées dans un passé récent ou ancien sur cette question : immaturité neurovégétative, infection virale, hypoglycémie, myocardite, embolies pulmonaires occultes etc...

La théorie de l'apnée idiopathique d'origine centrale a été longtemps retenue par de très nombreuses équipes mais aujourd'hui la conception actuelle est plus orientée vers un aspect plurifactoriel de l'accident mortel (52).

Le diagnostic de MSIN est un diagnostic d'élimination et il faut être rigoureux, quant à l'anamnèse, l'examen clinique post mortem, les examens complémentaires et l'autopsie, avant de porter le diagnostic.

En effet, on trouve parfois des causes aux MSN qui peuvent être infectieuses, cardiaques, neurologiques, métaboliques, en rapport avec un syndrome de SILVERMAN... Pour simplifier les choses, l'on peut dégager 3 hypothèses quant aux circonstances favorisant la survenue de MSIN (52)

- 1) La théorie apnéique
- 2) La théorie cardiaque
- 3) La théorie de l'immaturité du système nerveux autonome.

Il existe probablement des facteurs de risques de survenue de MSN (socio-économiques, maternelles, propres à l'enfant) et un terrain prédisposant (anomalie cardio-respiratoire, troubles neurologiques, maladie infectieuse, anomalies de l'alimentation et de la digestion...). On peut donc souvent mettre en évidence un épisode aigu (infectieux par exemple) qui passerait inaperçu et qui apparaîtrait chez un enfant à risque, à une période de maturation difficile. D'où l'intérêt des investigations post mortem (voir CHAPITRE V,5.2.3).

## 5.2. Le SAMU et la MSIN

### 5.2.1. Le premier intervenant sur place

Ce sont souvent les équipes de **SMUR** qui sont les premières au chevet de l'enfant (78), car les parents (surtout en ville) ressentent de manière très aiguë cette situation de détresse et appellent une structure de réanimation hospitalière type SAMU beaucoup plus spontanément que leur médecin traitant. Si lors de l'appel on suspecte une MSIN, cela représente une urgence en transport primaire car souvent la certitude de la mort n'est pas établie lors du contact téléphonique et il existe dans certains cas des "*Morts subites rattrapées*" (10). Le Médecin du **SMUR** peut se trouver désemparé face à cette situation peu connue hors des milieux pédiatriques (20).

### 5.2.2. Conduite à tenir sur les lieux

Les manoeuvres de réanimation devront être conduites avec détermination si l'on a la notion à l'interrogatoire ou à l'examen clinique d'une brève période d'arrêt cardio-respiratoire, tout en sachant que le nourrisson en grande déchéance neurologique ne survit pas très longtemps (10).

Dans le cas contraire il faudra avec tact et diplomatie dialoguer avec les parents et l'entourage et recueillir le maximum de données anamnestiques. L'examen du corps devra être complet tant au niveau de sa position que de la clinique.

Si l'enfant est décédé, le dialogue prend alors le pas sur la technique (10).

La recherche d'une cause est alors capitale pour déculpabiliser les parents et jeter les bases d'une prévention ultérieure.

Il faut donc expliquer immédiatement l'importance des différents examens complémentaires tant infectieux, que sanguins, ou morphologiques. De même il faut envisager l'autopsie dès le premier entretien.

Il faut dans la mesure du possible éviter de signer le certificat de décès sans qu'aucune investigation ait pu être entreprise et sans qu'aucune information ait été fournie aux parents.

Mais dans les cas où l'autopsie n'a pas lieu, il est nécessaire que le médecin signale sur le certificat de décès "*Mort subite du nourrisson*" afin d'améliorer le recueil statistique.

### 5.2.3. Intérêt de l'autopsie

Plusieurs équipes ont pu prouver que les enquêtes anamnestiques et anatomopathologiques aboutissaient à des explications certaines ou fortement probables dans bon nombre de cas. Les morts subites du nourrisson restent inexplicables dans 6 à 8 % des cas (51).

L'autopsie a deux poles d'intéret primordiaux :

- 1) Trouver une cause à la MSIN.
- 2) Aider à la recherche fondamentale sur la MSIN.

Il faudra sur place s'attacher à expliquer à la famille la nécessité de l'autopsie et préciser qu'elle ne pourra être réalisée qu'avec son accord (10).

### **5.3. Obstacles médico-légaux opposés aux SAMU-SMUR lors de la prise en charge des MSIN (78)**

Le principe de la prise en charge de l'enfant ayant été admis par les parents, vont se présenter différents problèmes d'ordre médico-légal.

En effet le transport du corps pose actuellement de difficiles problèmes administratifs et légaux.

Deux attitudes dans la prise en charge sont adoptées au domicile :

1) soit l'aspect de l'enfant révèle un arret cardio-respiratoire récent et une réanimation est entreprise, l'enfant est alors transporté vers l'hôpital et le décès s'il survient est déclaré en pédiatrie

2) soit le décès est manifeste pour les parents et, le principe de l'autopsie étant accepté par ceux-ci, l'enfant est transporté à l'hôpital sans que le décès ne soit déclaré.

Des problèmes médico-légaux surviennent que l'on adopte l'une ou l'autre de ces attitudes et peuvent engager la responsabilité pénale, civile, disciplinaire des médecins du SAMU, ainsi que la responsabilité administrative de l'établissement.

Peuvent être reprochés :

- Réanimation fictive pouvant s'apparenter à du charlatanisme,

- enlèvement et transport de corps dans un véhicule non agréé, sans l'autorisation du Maire de la commune du lieu du décès,

- recel de cadavre,

- établissement de certificats faisant état de faits matériellement inexistantes (faux lieu de décès, certificat post daté),

- hospitalisation fictive d'un enfant "considéré comme vivant" suivi d'une déclaration de décès dans le service de pédiatrie, avec induction d'erreurs vis à vis de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et des études épidémiologiques,

- fausse déclaration de décès à l'hôpital pour l'état civil avec risque d'un double certificat signé antérieurement ou postérieurement au transfert par un confrère non informé,

- sur le plan civil la responsabilité personnelle du directeur du SAMU et/ou du Médecin **SMUR** pourraient être engagées, l'infraction représentant éventuellement une faute détachable du service, non prise en charge par l'établissement hospitalier.

Ainsi des plaintes peuvent être déposées par l'autorité judiciaire, mais aussi par la famille pour défaut d'information éclairée, préjudice matériel (frais de rapatriement du corps pour l'inhumation), et préjudice moral.

On mesure alors le sentiment de malaise que peuvent éprouver les équipes des **SAMU-SMUR** lorsqu'elles sont confrontées à un syndrome de **MSIN** à domicile, se retrouvant en situation quasi "*hors la loi*" dans la prise en charge de ces enfants.

**5.4. PROPOSITION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES  
MSIN POUR LE SAMU 87 - EXPERIENCE DE ROUEN  
(cf Annexe 11)**

La mort subite du nourrisson peut être considéré comme une priorité de santé publique.

La Circulaire du 14 mars 1986 a certes fait progresser les choses quant à l'organisation de la recherche fondamentale sur ce syndrome, mais aussi pour l'accueil de ces enfants dans un cadre hospitalier. Par contre la prise en charge pré-hospitalière est remise en question dans ses aspects médico-légaux, notamment par l'autorité judiciaire.

L'expérience du CHU de ROUEN semble apporter des réponses aux différents problèmes posés par cette prise en charge et réussit à concilier les exigences médicales, scientifiques et le respect du droit, tout en préservant l'aspect émotionnel qui se doit face à ce douloureux problème.

Le service du **SAMU de ROUEN** s'est joint aux services de Pédiatrie, d'anatomopathologie, d'explorations neurologiques, de bactériologie, de virologie, de biochimie, de radiologie pédiatrique, de médecine légale, mais également aux services administratifs du CHU de ROUEN.

Le protocole de prise en charge des **MSIN au SAMU de ROUEN** s'établit comme suit :

- Il existe un problème médico-légal : mort suspecte ou mort accidentelle. Dans le premier cas le médecin ne signe pas le certificat de décès, dans le second cas il peut le signer en mort accidentelle. Dans les deux cas il avertit le parquet, qui peut requérir une autopsie médico-légale ou autoriser le transport vers le Centre Régional de Référence (où existe un groupe de médecins spécialisés dans la MSIN, assurant une permanence ou une garde) pour une autopsie scientifique.

- Il n'existe pas de problème médico-légal : le décès peut alors entrer dans le cadre des **MSIN**. Le médecin du **SAMU** sur place établit le certificat de décès en mort naturelle. Il recueille par écrit sur un formulaire préétabli, l'autorisation parentale d'autopsie.

Il remet à la famille un certificat de décès sur papier libre, une lettre d'information rédigée par le service de Pédiatrie spécialisé dans la MSIN expliquant l'intérêt des différents examens qui seront pratiqués à l'hôpital, la manière d'obtenir le plus rapidement des nouvelles (coordonnées d'un correspondant permanent en Pédiatrie) et les modalités de retour du corps du défunt (prise en charge des frais de transport par l'entreprise de pompes funèbres choisie par la famille). Ces deux papiers sont conservés par la famille.

Les proches remettront eux-mêmes à l'état civil le certificat de décès établi sur papier bleu, ainsi qu'une lettre rédigée par le directeur du CHRU pour l'officier d'état civil. Ce document explique que l'enfant décédé entre dans le cadres des **MSIN**, et qu'en vertu de la Circulaire du 14 mars 1986, le corps de l'enfant doit être transporté vers la Pédiatrie pour examens spécialisés et autopsie scientifique. La lettre de l'administration stipule également que, ces examens devant s'effectuer rapidement, le directeur du CHRU doit demander un transport au **SAMU** vers le CHRU et sollicite

de la part des autorités d'état civil une certaine compréhension quant à l'impossibilité qu'il a eu d'obtenir leur autorisation (comme le code des communes le prévoit) pour ce transfert de corps.

Enfin sur place, le médecin du SAMU établit une fiche notant les circonstances du décès, l'examen clinique de l'enfant, et les éventuels gestes de réanimation pratiqués. Un exemplaire sera remis au service de Pédiatrie, un autre au service d'anatomopathologie du CHRU.

A l'arrivée au CHRU, le corps est pris en charge par l'équipe de Pédiatrie spécialisée dans la MSIN, sans qu'aucune formalité d'admission ne soit nécessaire auprès du bureau des entrées de Pédiatrie. Les pédiatres procéderont aux différents prélèvements, puis à la morgue, à l'autopsie (après inscription sur un registre médico-légal). Le corps reste à la morgue jusqu'à la mise en bière. Le retour du corps après mise en bière nécessite :

- l'acte de décès délivré par la mairie du lieu de décès,
- l'autorisation du transport après mise en bière délivrée par la mairie.

Si le transport implique un changement de commune, des scellés doivent être posés par un commissaire de police.

Les avantages de ce protocole sont :

- la disparition des infractions citées au CHAPITRE V.5.3.
- l'absence de faux espoirs donnés aux parents par une réanimation intempestive,
- la possibilité de prendre en charge un enfant décédé depuis la veille, parfois dans une autre commune, dont le médecin traitant a déjà constaté le décès.
- la prise en charge des frais de transport par l'hôpital (du domicile à l'hôpital par le SAMU) et par les pompes funèbres (de l'hôpital aux lieux de l'inhumation).
- Enfin, si au cours d'une autopsie scientifique le médecin a un doute sur l'origine "naturelle" de la mort, il peut avertir le parquet qui pourra consulter sur réquisition les compte-rendus d'autopsie.

Ce travail de mise en place de ce protocole n'a été réalisable, comme le précise le **SAMU de ROUEN**, qu'à l'issue de nombreuses concertations entre les services médicaux et administratifs.

Il semble qu'au **CHRU de LIMOGES** le service de Pédiatrie soit prêt, après premiers contacts, à accepter la mise en place d'une formule similaire pour la prise en charge des MSIN. Ceci faciliterait en partie les problèmes que peuvent rencontrer, face à ces délicates interventions les médecins du SAMU 87.

CONCLUSION

## C O N C L U S I O N

L'exercice de la médecine d'urgence est difficile car les médecins travaillent souvent dans un contexte dramatique. Les problèmes médico-légaux rencontrés au quotidien par ces équipes médicales doivent être bien maîtrisés pour ne pas leur donner une charge d'inquiétude et de souci supplémentaire.

Ce travail a permis d'envisager deux questions principales :

Le cadre juridique est-il bien connu et bien cerné par nos confrères et surtout par les jeunes praticiens qui sont exaltés par cette médecine d'action qu'est la médecine d'urgence ?

La législation entourant la médecine d'urgence est-elle suffisamment précise et rigoureuse ? N'est-elle pas par certains aspects un peu floue et d'interprétation souvent difficile par des médecins non forcément rompus au droit ?

Au cours de ce travail, plusieurs fois auront été soulevés les problèmes de la collaboration des différents partenaires de l'Aide médicale urgente dans le strict respect du secret médical. Pour une bonne crédibilité des secours d'urgence, chacun doit faire des efforts de collaboration et les instances nationales doivent être beaucoup plus claires dans l'établissement des obligations et des charges de chacun des partenaires de l'AMU.. Il serait souhaitable d'établir un cahier des charges beaucoup plus rigoureux pour les Centres Départementaux d'Incendie et de Secours concernant les problèmes médicaux.

D'autre part les rapports avec la justice sont parfois difficiles car l'interprétation de la loi par les médecins n'est pas toujours concordante avec celle des Magistrats. Si le Médecin du **SAMU** se doit d'être un assistant de la justice parce qu'il intervient précocement dans des situations souvent troubles ou suspectes, il est tenu au secret médical envers les patients qu'il prend en charge. Il a des obligations légales à respecter vis à vis de la justice (dénonciations, réquisitions) mais il est tenu au respect de son malade (Article 378 du Code Pénal et Code de Déontologie).

Un des points très importants abordés dans cette étude est la conduite à tenir des intervenants **SMUR** vis à vis des décès et dans la rédaction des certificats de décès. Les médecins doivent rédiger ces certificats avec soin et rigueur ; leur responsabilité médicale est particulièrement engagée.

Enfin un point semble nécessaire à éclaircir rapidement par un texte de loi adapté : la responsabilité des internes. Ont-ils tous la possibilité en **SMUR** de signer les différents certificats et de répondre aux réquisitions ? Sont-ils couverts par l'hôpital au même titre que les médecins thésés dans l'accomplissement de leur vie professionnelle ?

Pour terminer, une étude sur la Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson montre que, devant cette pathologie fort délicate à aborder, surtout pour des médecins peu expérimentés en pédiatrie, l'attitude à adopter est d'autant plus difficile que le cadre juridique concernant la prise en charge extra hospitalière est un peu flou .

La réalisation d'un protocole simple de prise en charge, à l'image de celui du **SAMU de ROUEN**, semble nécessaire pour enlever une charge d'anxiété supplémentaire à ces jeunes médecins confrontés à la détresse des parents en deuil.

Pour cela les différents partenaires se doivent de prendre leurs responsabilités et un travail commun pourra aboutir à une réponse locale pour le **SAMU 87** en conformité avec la finalité des Centres de Référence Régionaux pour la recherche fondamentale sur la **M.S.I.N.**

ANNEXE 1

GLOSSAIRE MEDICO JURIDIQUE

## GLOSSAIRE MEDICO JURIDIQUE

---

- **Code Civil** : Ensemble des dispositions légales relatives au Droit Civil, promulgué par Napoléon. Il est complété par un Code de Procédure Civile.
  
- **Code Pénal** : Ensemble des dispositions légales relatives au Droit Pénal, définissant les infractions et édictant les peines correspondantes. Il est complété par un Code de Procédure Pénale.
  
- **Arrêtés** : Décisions de certaines autorités administratives (Ministre, Préfet, Maire), prises en vue de l'exécution d'une loi.
  
- **Circulaire** : Texte rédigé par le Chef de Service d'une Administration à l'intention de ses subalternes, commentant ou détaillant une loi ou un décret.
  
- **Décret** : Acte du pouvoir exécutif dont l'objet est d'assurer le fonctionnement des services publics ou l'exécution des lois
  
- **Loi** : Acte de l'autorité souveraine considérée comme pouvoir législatif.
  
- **Jurisprudence** : Ensemble des solutions habituellement données par les tribunaux et les cours à des problèmes semblables.

ANNEXE 2

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES  
RELATIFS A L'ORGANISATION DES SECOURS

# ORGANISATION DES SECOURS

## TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

• L'organisation des secours relèvent de deux procédures distinctes :

- le concensus et les règles "d'habitudes" qui s'établissent au fil des ans entre tous les partenaires obligés de l'urgence, que ceux-ci appartiennent au service public ou privé, à tel ou tel ministère,

- les textes législatifs et réglementaires qui viennent codifier, "réglementer" des procédures ayant pour la plupart déjà reçu l'approbation d'un grand nombre de participants.

• Dans cet esprit, il est normal que les secouristes soient informés de la nature et du contenu de ces textes. C'est ce que propose cette rubrique, où bien-sûr, il n'est pas question de reproduire in extenso ces documents, ce qui serait contraire à l'esprit d'information, mais surtout d'en souligner les grandes lignes ; aux lecteurs plus intéressés le soin de se procurer les documents pour en alimenter leur bibliothèque.

*Le Journal Officiel peut être consulté par les particuliers dans la plupart des Mairies, les Préfectures (service de documentation) et les bibliothèques municipales des grandes villes, ou acheté par abonnements ou au numéro. (Pour plus de détails, se reporter à l'encadré page 6) NDLR*

**1 - Loi n° 86-11 du 6 Janvier 1986** relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Journal officiel du 7 janvier 1986 - Page 327-328.

**TITRE I :** fixe les modalités de création par département d'un Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires.

Il est précisé que ce comité est présidé par le représentant de l'Etat dans le département et sa composition comme son fonctionnement sont déterminés par décret en conseil d'Etat.

**TITRE II :** fixe les conditions d'application de l'Aide Médicale Urgente (article 2, 3) avec adjonction à la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 sur la réforme hospitalière.

**TITRE III :** fixe les grandes lignes du transport sanitaire en s'appuyant (article 6) sur le titre 1 bis du livre 1<sup>er</sup> du code de la santé publique qui est modifié. Il précise que les modalités pratiques seront fixées par décret en conseil d'Etat.

**TITRE IV :** détermine les modalités de prise en charge des frais de transport.

**2 - Loi n° 87-565 du 22 juillet 1987** relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs. Journal officiel du 23 juillet 1987 - Page 8199-8205.

**TITRE I :** traite de l'organisation des secours.

**Chapitre 1<sup>er</sup> :** est relatif à la préparation et à l'organisation des secours.

• Article 2 : Les plans ORSEC avec une organisation des secours à 3 niveaux :

- plan ORSEC national,

- plan ORSEC de zone,
- plans ORSEC départementaux.

(On rappelle à cette occasion que les plans ORSEC sont des plans de structure).

• Article 3 : Les plans d'urgence prévoient "les mesures à prendre et les moyens de secours à mettre en œuvre pour faire face à des risques de nature particulière ou liés à l'existence et au fonctionnement d'installations ou d'ouvrages déterminés".

Ils comprennent :

- les plans particuliers d'intervention,
- les plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes,
- les plans de secours liés à un risque particulier.

Ces plans d'urgence sont établis dans les conditions prévues par le Conseil d'Etat. On rappelle qu'un plan d'urgence (dont le Plan Rouge est un exemple), est un plan d'action et qu'il "ne fait pas obstacle au déclenchement d'un Plan Orsec".

• articles 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 fixent les conditions de mise en œuvre de ces différents plans de secours. Les articles 11, 13 et 14 rappellent le rôle essentiel de la commune et les modalités de réquisition.

• article 12 concerne les obligations des détenteurs de moyens de diffusion et de publication "fixées dans un code national d'alerte".

**Chapitre II :** traite des dispositions relatives aux services d'incendie et de secours.

Article 15 : modifie et complète le 5<sup>ème</sup> alinéa de l'article 16 de la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 :

"Il \* contrôle et coordonne l'ensemble des services d'incendie et de secours du département, des communes et de leurs établissements publics".

**TITRE II :** traite de la protection de la forêt contre l'incendie et de la prévention des risques majeurs.

**Chapitre I :** évoque le problème de l'information, l'accent étant mis sur le droit à l'information concernant les risques majeurs et les mesures de sauvegarde.

**Chapitre II :** traite de la maîtrise de l'urbanisation, avec introduction de la notion de prévention des risques naturels "prévisibles" et des risques technologiques.

**Chapitre III :** traite de la défense de la forêt contre l'incendie (renforce les dispositions du code forestier concernant : débroussaillage, mise en valeur agricole de fonds boisés, incendies volontaires, dépôt ou abandon de matières, ordures ou déchets, introduction de véhicules).

**Chapitre IV :** traite de la prévention des risques naturels, en particulier sismiques et cycloniques (et information du public sur ceux-ci), et du libre écoulement des eaux (avec sanction des infractions à la réglementation concernant ce libre écoulement).

**Chapitre V :** traite de la prévention des risques tech-

\* c.a.d le Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours.

nologiques. Il renforce les dispositions antérieures concernant la création ou l'exploitation d'installations ou ouvrages pouvant présenter des dangers, dans le but d'assurer la sécurité des personnes et la protection de l'environnement. Traite du transport des matières dangereuses, non seulement par canalisations, mais également par véhicules.

**3 - Circulaire n° 86-283 du 18 septembre 1986 -**  
Ministère de l'Intérieur, Direction de la Sécurité Civile.

C'est le règlement de manœuvre pour l'ORSEC national portant sur l'organisation de l'action médicale en cas de catastrophe.

**4 - Circulaire n° 86-318 du 28 octobre 1986 -**  
Ministère de l'Intérieur, Direction de la Sécurité Civile.

Elle traite de la planification des secours immédiats en présence de nombreuses victimes. Elle fait référence de fait à la circulaire précédente du 18 septembre 1986 et elle est plus connue sous le nom de circulaire Plan Rouge. Elle demande à l'ensemble des départements de prévoir, à l'instar de la région parisienne, un plan de secours de coordination englobant dans la même structure sauvetage, secours et soins médicaux; c'est la notion de chaîne médicale de secours.

Ces deux circulaires anticipent au plan de secours médicaux, la loi du 22 juillet 1987 dite loi "sécurité civile".

**5 - Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987** relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires. — Journal officiel du 1<sup>er</sup> décembre 1987 — Page 13997 - 14000.

**6 - Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987** relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées SAMU — Journal officiel du 17 décembre 1987 — Page 14692 - 14693.

**7 - Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987** relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres — Journal officiel du 1<sup>er</sup> décembre 1987 — Page 13998 - 14000.

Ce sont les décrets d'application de la loi sur l'aide médicale urgente et les transports sanitaires dont ils fixent les modalités d'application au plan :

1) - de la constitution au comité départemental (article 1<sup>er</sup>) qui prévoit :

- des membres de droit,
  - \* le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales,
  - \* le médecin inspecteur de la santé,
  - \* le directeur départemental du service d'incendie et de secours,
  - \* le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours.
- des représentants des collectivités territoriales,
- des membres désignés par les organismes qu'ils représentent,
- des membres nommés par le commissaire de la République :
  - \* un médecin responsable du SAMU et un médecin responsable de moyens mobiles,
  - \* un directeur de centre hospitalier doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence,
  - \* un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique,

- \* le commandant du corps de sapeurs-pompiers le plus important du département,
- \* deux praticiens d'exercice libéral,
- \* deux représentants des organisations d'hospitalisation privée,
- \* quatre représentants des organisations professionnelles nationales de transports sanitaires,
- \* un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence.

2) - du sous-comité médical formé des médecins membres de droit ou désignés,

3) - du sous-comité des transports sanitaires qui comporte en particulier :

- \* le médecin inspecteur de la santé,
- \* le médecin responsable du SAMU,
- \* les trois représentants des trois régimes d'assurance maladie,
- \* le directeur départemental du service d'incendie et de secours,
- \* le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours,
- \* le commandant du centre de secours de sapeurs pompiers le plus important du département,
- \* les quatre représentants des organisations professionnelles de transports sanitaires,
- \* le directeur d'un établissement hospitalier public assurant des transports sanitaires,
- \* le représentant de l'association départementale des transports sanitaires d'urgence la plus représentative sur le plan départemental.

4) - du cas particulier de Paris et des quatre départements des Hauts de Seine, de la Seine-Saint-Denis, du Val de Marne.

5) - des conditions d'agrément des matériels et des personnes affectées aux transports sanitaires terrestres.

6) - des missions des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU.

**R. NOTO**

**COMMENT SE PROCURER LE JOURNAL OFFICIEL**

*Outre la possibilité de le consulter dans la plupart des Mairies, le service de documentation des Préfectures, les Bibliothèques Municipales des grandes villes, le Journal Officiel peut être acheté par abonnements ou au numéro en écrivant à :*

*Direction des Journaux Officiels  
26, rue Desaix, 75527 PARIS CEDEX 15*

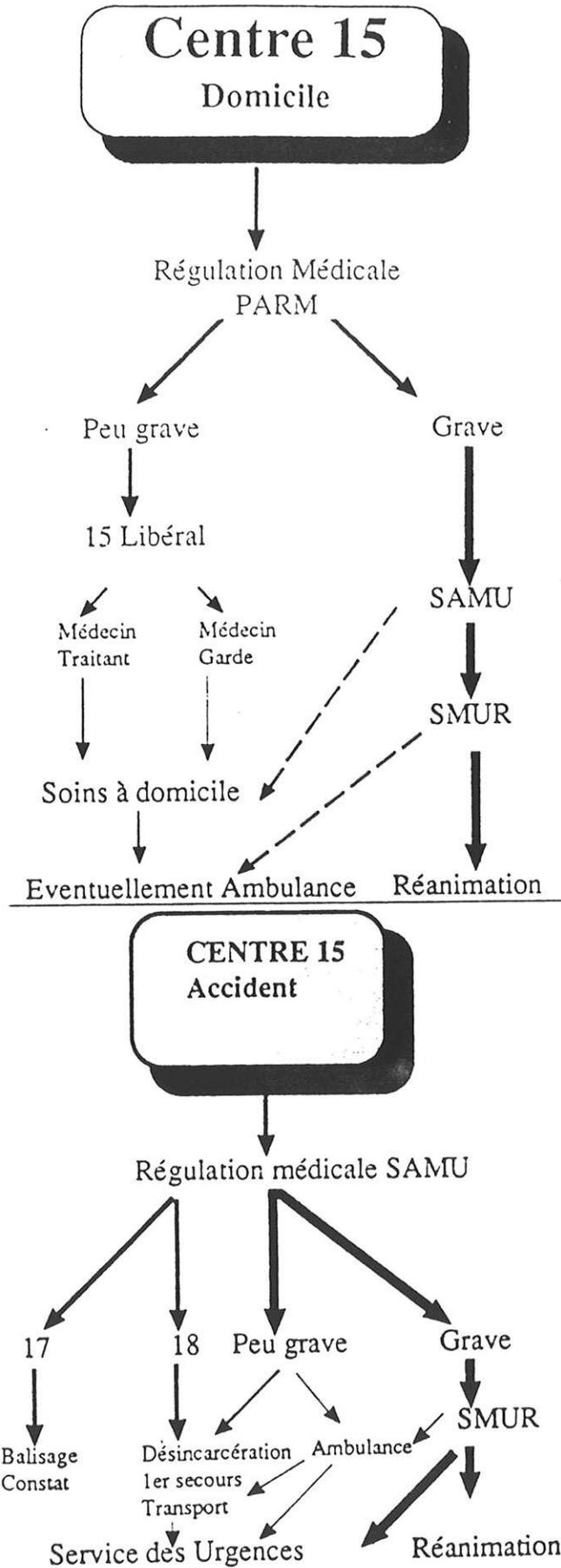
*Il existe de nombreuses éditions du Journal Officiel. La liste et les tarifs de ces éditions sont parus dans le n° du 30/09/87 sous la référence 87/791 - 29/09/87. L'édition la plus courante, celle dite "des lois et décrets" vaut 273 francs l'abonnement 1988, et le n° vaut 3 francs.*

*Certaines grandes librairies le vendent au numéro sur commande. Des tirés à part peuvent être demandés à la direction des J.O. En effet, la direction des J.O. édite et vend de façon ponctuelle des tirés à part de certains textes marquants ou par thèmes. Renseignements par écrit ou en téléphonant au 16.1.45.78.61.39.*

**NDLR**

ANNEXE 3

SCHEMA DE REGULATION D'UN APPEL AU "15"  
POUR UN MALADE A DOMICILE  
OU POUR UN ACCIDENT



ANNEXE 4

FICHE DE REGULATION SAMU/CENTRE 15  
UTILISEE AU SAMU 87

# FICHE DE RÉGULATION SAMU/CENTRE 15

PERMANENCIER

RÉGULATEUR

N° DU 1<sup>er</sup> APPEL \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

HEURE \_\_\_\_\_

## EXPRESSION DE LA DEMANDE :

## ADRESSE DU LIEU D'INTERVENTION :

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

IMM. \_\_\_\_\_ APP. \_\_\_\_\_ ESC. \_\_\_\_\_ ETAGE \_\_\_\_\_

TÉL. \_\_\_\_\_

COMMUNE : \_\_\_\_\_

SEXE : M  F  AGE : \_\_\_\_\_

NOUVEAU-NÉ (0-7 J.) : 1  2  3  4  5

NOURISSON (8 J. - 12 M) : 1  2  3  4  5

ENFANT (13 M - 15 A) : 1  2  3  4  5

ADULTE (16 A - 64 A) : 1  2  3  4  5

ADULTE AGÉ (> 65 A) : 1  2  3  4  5

APPELANT : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

## TYPLOGIE DE LA DEMANDE

APPEL A L'AIDE  1  2  3  4  5  6  7  8  9

SMUR

TRANSPORT SANITAIRE

MÉDECIN

CONSEIL MÉDICAL

RENSEIGNEMENTS

POUR INFORMATION

DEMANDE DE LIT

AUTRES

## LIEU DU PROBLEME

DOMICILE  1  2  3  4  5  6  7  8  9

VOIE PUBLIQUE

LIEU PUBLIC

MILIEU SCOLAIRE

ÉTABLISSEMENT SOINS

CAB. MÉD. DISPENS.

LIEU DE TRAVAIL

SPORTS ET LOISIRS

AUTRES

## ARRIVÉE DE L'APPEL

TÉLÉPHONE :  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  32  33  34  35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45  46  47  48  49  50  51  52  53  54  55  56  57  58  59  60  61  62  63  64  65  66  67  68  69  70  71  72  73  74  75  76  77  78  79  80  81  82  83  84  85  86  87  88  89  90  91  92  93  94  95  96  97  98  99

N° 15

N° SAMU

STANDARD HOP.

LIGNE INTÉRIEURE

LIGNE SPÉCIALISÉE

AUTRE TÉLÉPHONE

INTERPHONE

RADIO :  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  32  33  34  35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45  46  47  48  49  50  51  52  53  54  55  56  57  58  59  60  61  62  63  64  65  66  67  68  69  70  71  72  73  74  75  76  77  78  79  80  81  82  83  84  85  86  87  88  89  90  91  92  93  94  95  96  97  98  99

85-5 INTERCONNECTION

85 INCENDIE

85 SANTÉ

150 SANTÉ

400 SANTÉ

AUTRE RADIO

TELEX

AUTRE MOYEN

## AGENT AGRES. PRIN. Code OMS (E.V.S.)

ACCID. CIRCUL.  1  AGENT TOXIQUE  4  PEND. STRANG.  7  ACCIDENTEL

CHUTE DÉFEN.  2  ÉLECTRICITÉ  5  ARME À FEU  8

BRÛLURE  3  NOYADE  6  ARME BLANCHE  0

AUTRE  9  VOLONTAIRE

INTERROGATOIRE MÉDICAL : (DEMANDER CONFIRMATION DE L'ADRESSE). HOSPITALISATION ANTÉRIEURE : \_\_\_\_\_

MÉDECIN TRAITANT D' : \_\_\_\_\_ PRÉVENU  NOMBRE DE VICTIMES : \_\_\_\_\_ INCARCÉRATION

## AFFEC. DOMINANTE

GRAVITÉ INTERPRÉTÉE

INDEMNITÉ  1  MOYEN  3  CRITIQUE  5  SANS

MINEUR  2  SÉVÈRE  4  DÉCÉDÉ  6  PRÉCISION  9

DÉCISION

RENSEIGN. STANDARD  CONSEIL MÉD. (méd. régul)  MOYEN DÉFAILLANT

TRANSMISSION A : POMPIERS  POLICE  GENDARMERIE

## HEURE . . . . .

### MED. PRATICIENNE

Garde . . . . .

Urgence . . . . .

Traitement . . . . .

Paramédical . . . . .

### TRANSP. SANITAIRE

Amb. privée agréée

VSL . . . . .

VSAB . . . . .

Autres - Amb. Hosp.

### SMUR

Ambulance réan. . . . .

VLM . . . . .

Hélico . . . . .

Bateau . . . . .

Avion . . . . .

Autre . . . . .

Indic. radio, immatric. . . . .

Identif. intervenant . . . . .

Dr _____				
01	01	01	01	01
02	02	02	02	02
03	03	03	03	03
04	04	04	04	04
05	05	05	05	05
06	06	06	06	06
07	07	07	07	07
08	08	08	08	08
09	09	09	09	09
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
99	99	99	99	99

## EXÉCUTION

DATE \_\_\_\_\_

EA \_\_\_\_\_

SH \_\_\_\_\_

H. TRANSMIS. . . . .

H. BILAN. . . . .

## BILAN :

INCIDENTS : ANNULÉ  1  FAUX APPEL  2  DCD  3  NON ÉVACUÉ  4  NON VU  5

ACCUEIL : RECHERCHE DE LITS  NOMB. SERV. APPEL.  AFFAIRE TERM.

ANNEXE 5

CIRCULAIRE N° 1796 DU 20 AVRIL 1973  
RELATIVE AU SECRET PROFESSIONNEL DANS  
LES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION PUBLICS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Direction des hôpitaux.

Bureau T. G. 2.

SP 4 452

4.482

20-4-73

CIRCULAIRE N° 1796 DU 20 AVRIL 1973  
relative au secret professionnel dans les établissements  
d'hospitalisation publics.

(Non parue au *Journal officiel*.)

Circulaires abrogées par la présente circulaire: néant.

Circulaires modifiées par la présente circulaire: circulaires des  
2 août 1960 et 5 juillet 1966 relatives à la communication des  
dossiers radiologiques aux malades des hôpitaux et hospices  
publics.

*Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale*

à

*Messieurs les préfets, services régionaux de l'action sani-  
taire et sociale (pour information);*

*Directions départementales de l'action sanitaire et sociale  
(pour exécution).*

L'article 378 du code pénal stipule que « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les sages-femmes, les pharmaciens et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 F à 3.000 F. »

L'application de ces dispositions dans les établissements d'hospitalisation publics a parfois suscité des difficultés, notamment en ce qui concerne les rapports des administrations hospitalières avec les services de police ou avec les magistrats instructeurs de l'ordre pénal.

La présente circulaire a pour objet de rappeler les principes essentiels qui doivent être respectés en la matière et, sous réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux, de préciser l'étendue et la portée de l'obligation instituée par l'article 378 du code pénal.

\*\*\*

#### I. — Les faits ou renseignements susceptibles d'être couverts par le secret professionnel,

La loi ne donne pas de définition précise du secret à conserver mais la jurisprudence a conféré une portée large à cette notion : il s'agit des faits dont la connaissance est réservée à quelques personnes, ou de ceux qui constituent un secret par leur nature ou par les conséquences nuisibles qui pourraient résulter de leur divulgation.

L'obligation du secret professionnel couvre donc dans un hôpital public non seulement les faits confiés par le malade hospitalisé au personnel — médical ou autre — de l'établissement mais encore ceux que le personnel soignant peut découvrir dans l'exercice de ses fonctions. Il convient de souligner que la chambre criminelle de la Cour de cassation a estimé que cette notion pouvait même recouvrir des faits susceptibles d'être déjà connus du public (arrêté du 25 janvier 1968, recueil Dalloz 1968, p. 153).

En pratique, le secret professionnel garantira donc la non-divulgation à des tiers de tout renseignement d'ordre médical intéressant un malade hospitalisé :

Ainsi l'administration ne peut exiger d'un médecin que ce dernier lui communique des informations sur l'état de santé d'un client (C. E., 9 novembre 1928 ; Bertrand) ; de ce fait le personnel médical de l'hôpital ne peut fournir d'indications au personnel administratif sur l'état d'un malade que dans la mesure où ces indications sont nécessaires au fonctionnement du service, par exemple en vue du transfert du patient dans un autre établissement ou dans une unité de soins spécialisée (C. E., 15 mars 1946 ; Odilon-Platon).

De même, conformément aux dispositions des articles 18 et 37 du décret du 17 avril 1943, le certificat médical nécessaire à l'admission d'un malade en milieu hospitalier comme le bulletin de sortie ne doivent pas faire état du diagnostic ; il est à noter que ces dispositions seront reprises dans le décret relatif aux règles de fonctionnement des hôpitaux publics actuellement en cours d'élaboration.

En revanche, les renseignements d'ordre purement administratif ne sont en principe pas couverts par le secret professionnel, et notamment ceux dont l'administration hospitalière doit avoir connaissance pour procéder au recouvrement des frais de séjour dont l'hospitalisé est redevable (affiliation de l'intéressé à un régime de sécurité sociale, à une mutuelle, etc.).

La divulgation éventuelle de renseignements ayant trait au simple fait de l'hospitalisation d'une personne soulève néanmoins quelques difficultés.

Il est tout d'abord des cas où la loi garantit le strict anonymat des malades hospitalisés dans l'intérêt même de la lutte contre certains fléaux sociaux ; il ne saurait dès lors être question de révéler à qui que ce soit l'identité des personnes dont l'admission a été prononcée dans ces conditions ; il s'agit essentiellement des

toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement de soins ou un dispensaire afin d'y être traités avec, s'il l'ont expressément demandé, le bénéfice de l'anonymat que l'on ne pourra lever que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants (art. 1<sup>er</sup> de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 introduisant un titre VI, chapitre III, nouveau dans le code de la santé publique). Toutes instructions utiles sur les moyens de garantir cet anonymat figurent dans les circulaires des 6 août 1971, 28 septembre 1971 et 29 mars 1972 relatives aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie.

Hormis ce cas, le fait d'indiquer qu'une personne a séjourné à un moment donné dans tel ou tel établissement hospitalier ne constitue pas en soi une violation du secret professionnel dans la mesure où d'une part aucune précision n'est donnée sur la nature de l'affection de l'intéressée et sur le service qui l'a accueillie, et où l'information ainsi donnée n'est d'autre part pas susceptible de nuire aux intérêts du malade; avant donc de communiquer à un tiers toute information concernant le simple fait d'une hospitalisation, les administrations hospitalières s'attacheront à vérifier que cette dernière condition est bien remplie et notamment que le malade ne s'oppose pas à une telle révélation. Cela est plus particulièrement vrai pour les établissements dont la qualification (centre psychothérapique, sanatorium, etc.) désigne clairement le mal dont leurs pensionnaires sont atteints; communiquer à un tiers le simple fait de l'hospitalisation peut dans ce cas constituer une violation du secret professionnel et les administrations de ces établissements doivent donc se montrer extrêmement prudentes et s'entourer de précautions avant de divulguer tout renseignement intéressant les malades qui y sont hospitalisés. Il découle de ce qui précède que, sous réserve des dispositions législatives qui imposent la déclaration de certains faits, l'administration hospitalière n'a pas à communiquer systématiquement la liste nominative des personnes hospitalisées à des tiers qui en feraient la demande; cette exclusion vise notamment les demandes de déclaration systématique aux services de police de l'admission de blessés par armes à feu ou armes blanches dont certaines administrations hospitalières ont fait l'objet: une telle pratique constitue un manquement au respect du secret professionnel en ce sens qu'elle entraîne la divulgation de renseignements concernant la nature de l'affection qui est à l'origine de l'hospitalisation et qu'elle peut le cas échéant être susceptible de compromettre la sécurité du malade. La dénonciation des crimes et délits répond à cet égard à des exigences strictes posées par le code pénal qui sont explicitées au IV ci-après.

★★

## II. — Les personnes tenues au respect du secret professionnel.

Les dispositions de l'article 378 du code pénal s'appliquent à tous ceux auxquels leur état, leur profession ou leurs fonctions imposent l'obligation du secret, soit que les faits qu'ils apprennent leur aient été confiés par des particuliers sous le sceau du secret, soit que leur connaissance provienne de l'exercice d'une activité à laquelle la loi, dans un intérêt général, a conféré un caractère confidentiel; les médecins, chirurgiens, pharmaciens et sages-femmes sont expressément visés par ce texte.

Toutefois, en matière hospitalière, du fait même des conditions spécifiques d'organisation et de fonctionnement du service public en cause, l'obligation du secret s'étend à d'autres catégories de personnes que celles qui sont précédemment énumérées et lie nécessairement tous les auxiliaires du médecin qui sont ses confidentiels indispensables. Des indications sur l'état du patient peuvent être données par les médecins et chirurgiens non seulement aux assistants, attachés, internes, externes ou stagiaires affectés à leur service mais aussi au personnel infirmier et aux autres agents hospitaliers qui concourent à la délivrance des soins aux malades hospitalisés ; le secret est alors partagé entre ces diverses personnes et prend un caractère collectif.

Il convient à cet égard de souligner que le personnel non médical des établissements d'hospitalisation publics est de par son statut même (art. L. 799 du code de la santé publique) soumis aux règles instituées dans le code pénal en matière de secret professionnel auxquelles s'ajoute l'obligation de discrétion professionnelle à raison des faits et informations dont ce personnel a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le champ d'application de cette notion est d'ailleurs beaucoup plus vaste que celui du secret professionnel et s'impose à chaque agent, en dehors même de toute prescription spéciale du seul fait de sa collaboration au service public.

Le caractère collectif revêtu par le secret professionnel dans le cadre du service public hospitalier a pour conséquence de permettre la circulation du dossier médical des hospitalisés, d'une part entre les différents services d'un même établissement, et, d'autre part, en cas de transfert, entre les établissements intéressés, sur demande des chefs de service concernés : le service public hospitalier est en effet indivisible et constitue un tout au regard des dispositions relatives au respect du secret professionnel.

En revanche, le dossier médical ne peut être communiqué à des médecins ou des institutions de soins étrangères au service public hospitalier sans l'accord explicite du malade.

★★

### III. — Les personnes à qui est opposable le secret professionnel.

La portée de l'obligation posée par l'article 378 du code pénal est générale et absolue ; elle a donc en principe effet *erga omnes*. Mais le secret professionnel n'est toutefois opposable qu'aux tiers et il peut être levé dans des circonstances déterminées au profit de certaines personnes.

#### 1° *Le secret professionnel n'est opposable qu'aux tiers.*

Il est en effet constant que le secret n'est pas opposable au malade dans l'intérêt duquel il est institué ; ce dernier peut donc soit se faire remettre tout ou partie de son dossier médical, soit le faire remettre ou le communiquer directement au médecin de son choix ainsi qu'à des tiers ; il peut notamment décider de produire ce dossier en justice s'il le désire. La jurisprudence de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat concordent sur ce point :

- C. C., 28 janvier 1966 (dame Le Roy) ;
- C. E., 24 octobre 1969 (sieur Gougeon) ;
- C. E., 20 juillet 1971 (sieur Pasquier).

En cas de décès du malade ou si ce dernier est dans l'incapacité de manifester sa volonté ce pouvoir appartient à ses ayants droit lorsque ses intérêts concordent avec ceux de ces derniers. La communication de renseignements médicaux aux ayants droit doit donc être entourée de garanties de manière à ce qu'il soit bien établi que leurs intérêts ne divergent pas de ceux de l'hospitalisé.

2° *Le secret professionnel peut être levé au profit des juges d'instruction agissant dans le cadre des pouvoirs qui leur sont conférés par le code de procédure pénale.*

Il importe dans cette hypothèse de concilier le respect du principe posé par l'article 378 du code pénal avec les dispositions de l'article 81 du code de procédure pénale qui confèrent au juge d'instruction le pouvoir de procéder « à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité ».

L'application de ces dispositions ne soulève pas de difficultés lorsque le magistrat agit sur la plainte ou dans l'intérêt évident du citoyen au profit duquel peut être allégué le secret professionnel puisque ce dernier n'est pas opposable au malade lui-même.

Dans le cas contraire, il apparaît que les pouvoirs du juge d'instruction ne doivent en principe souffrir aucune restriction compte tenu du caractère d'ordre public de la mission qu'il assume. L'article 96 du code de procédure pénale lui impose néanmoins de provoquer « toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel » auquel il est lui-même tenu. La Cour de cassation a estimé que ces mesures étaient remplies lorsque la saisie et la remise de documents médicaux se fait en présence d'un représentant de l'ordre des médecins (C. C., 24 avril 1969 ; Rohart).

L'opération peut être effectuée par le juge en personne ou par un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat ; il est souhaitable que, conformément à une pratique courante, le médecin chef du service intéressé assiste également au déroulement de cette opération.

Ces documents peuvent être confiés à un médecin expert près les tribunaux mais rien n'interdit au magistrat de se faire une opinion personnelle de la valeur desdits documents.

3° *Le respect du secret professionnel  
et les médecins experts près les tribunaux.*

La mission de ces praticiens peut dans certains cas se heurter aux prescriptions de l'article 378 du code pénal. En ce domaine, également, il y a lieu de distinguer l'hypothèse où le médecin expert agit à la demande ou dans l'intérêt évident de la personne au profit de laquelle peut être allégué le secret professionnel des cas où sa mission ne s'exerce pas dans cet intérêt.

Dans la première hypothèse, le malade ou ses ayants droit peuvent communiquer ou faire remettre au médecin expert les documents qu'ils entendent produire en justice (cf. 1°, ci-dessus).

Hormis ce cas, le respect du principe posé par l'article 378 du code pénal doit être assuré d'une manière générale et absolue : ainsi, par un jugement du 7 décembre 1971, le tribunal correctionnel de Lyon a condamné pour complicité de violation du secret professionnel un médecin contrôleur d'une compagnie d'assurances au motif que sa qualité de médecin conseil ne l'autorisait pas en l'occur-

rence à obtenir communication du dossier médical d'un assuré en litige avec ladite compagnie et à donner connaissance de ce dossier à cette dernière.

Le médecin expert ne doit donc pas dans cette hypothèse agir de son propre chef et ne peut passer outre aux prescriptions de l'article 378 du code pénal que dans la mesure :

- soit où il agit à la demande d'un juge d'instruction dans le cadre des mesures prévues par l'article 81 du code de procédure pénale (cf. 2°, ci-dessus) ;
- soit où, choisi par les parties ou commis par la juridiction contentieuse, il y est amené par la nécessité de mettre en œuvre une législation particulière ; ainsi, en matière de litiges consécutifs à des accidents du travail, le droit à indemnisation étant basé le plus souvent sur des renseignements d'ordre médical provenant d'une expertise, on ne saurait interdire à l'expert désigné dans les conditions précitées de prendre connaissance des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission ; à peine de priver d'effet la législation et la réglementation applicables en la matière, les juges ne peuvent écarter du débat les éléments ainsi recueillis au seul motif que leur production serait incompatible avec le respect du secret professionnel (C. C., 27 avril 1967 ; veuve Joseph Amore).

\*\*\*

#### IV. — Cas où la loi oblige ou autorise les détenteurs du secret professionnel à se porter dénonciateurs.

1° *Plusieurs textes législatifs particuliers, d'une part, prévoient expressément la déclaration systématique de certains faits aux autorités publiques ou, d'autre part, relèvent les personnes qui auraient procédé à la dénonciation de certains autres faits des pénalités instituées par l'article 378 du code pénal.*

Ce sont :

- les articles L. 11 et L. 12 du code de la santé publique qui font obligation aux médecins de déclarer à l'autorité sanitaire certaines maladies transmissibles ; la liste de ces maladies ainsi que les formes et les conditions de leur déclaration ont été fixées par plusieurs textes réglementaires et notamment par les décrets du 21 décembre 1936, n° 60-95 du 29 janvier 1960, n° 64-435 du 20 mai 1964 et n° 68-1076 du 27 novembre 1968 ;
- les articles L. 257 à L. 260 du code de la santé publique qui précisent les conditions dans lesquelles doivent être déclarées à l'autorité sanitaire les maladies vénériennes ;
- le deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal (décret-loi du 29 juillet 1939) qui soustrait aux sanctions édictées par ledit article les personnes dénonçant les avortements criminels dont elles ont eu connaissance ; cette dérogation à l'obligation au secret professionnel est d'interprétation stricte : elle ne saurait être appliquée qu'au cas où, un avortement étant présumé criminel, les poursuites sont engagées en application des dispositions de l'article 317 du code pénal (C. C., 28 mai 1968).

Par ailleurs, l'article 2 de la loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 prévoit que la surveillance sanitaire des enfants du premier et du second âge donne obligatoirement lieu à l'établissement d'un certificat de santé qui fait mention, le cas échéant, de toute anomalie, maladie ou infirmité d'ordre notamment mental, sensoriel ou moteur, d'origine génétique ou autre, susceptible d'entraîner une invalidité ou un handicap provisoire ou définitif ; ce certificat est adressé par le médecin qui l'a rédigé à l'autorité sanitaire, il ne peut être communiqué qu'à des personnes elles-mêmes également astreintes au respect du secret professionnel.

— enfin, le troisième alinéa de l'article 378 du code pénal (loi n° 71-446 du 15 juin 1971), qui pose les mêmes principes en ce qui concerne les personnes informant les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices et privations infligés à des mineurs de quinze ans dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession. Les prescriptions contenues dans la circulaire n° 47 du 21 mars 1968 restent à cet égard entièrement valables et indiquent aux médecins la procédure correcte à suivre pour provoquer toutes mesures appropriées en vue de la sauvegarde de la santé ou de la vie des enfants tout en garantissant le respect du secret professionnel.

*2° La conciliation des dispositions de l'article 378 du code pénal avec celles de textes législatifs à portée générale instituant l'obligation de dénoncer les crimes et délits est plus difficile.*

Les dispositions de l'article 62 du code pénal obligent tout d'abord les personnes qui en ont eu connaissance à dénoncer les crimes déjà tentés ou consommés dont il est encore possible de prévenir ou limiter les effets ou dont on pourrait penser que les auteurs sont susceptibles de récidiver.

Outre le fait que les conditions d'application de ce texte sont d'interprétation très stricte (C. C., 17 avril 1956) et se trouvent rarement réunies à l'occasion de l'admission d'un malade ou d'un blessé dans un service hospitalier public, il convient de souligner que l'article 62 du code pénal ne saurait relever automatiquement les personnes qui y sont soumises de l'obligation de respecter le secret professionnel : en effet, lorsque le législateur, en complétant par la loi du 15 juin 1971 ledit article 62, a étendu cette obligation de dénonciation aux sévices et privations infligés à des mineurs de quinze ans, il lui a fallu également compléter l'article 378 du code pénal par une disposition expresse pour que les personnes tenues de respecter le secret professionnel puissent satisfaire aux prescriptions de l'article 62 ainsi complété sans encourir les peines prévues par l'article 378.

Il s'ensuit, comme il l'a été indiqué précédemment, que la déclaration systématique aux services de police de l'admission de blessés par armes à feu ou autres reste prohibée ainsi que la fourniture occasionnelle de tous renseignements dans cette circonstance ; dans un arrêt du 14 février 1952 la cour d'appel de Nancy a d'ailleurs jugé que commettait une violation du secret professionnel le médecin qui, appelé à donner ses soins à un accidenté, délivrait à la gendarmerie chargée de l'enquête un certificat médical relatant les blessures qu'il avait constatées.

Demeure l'article 40 du code de procédure pénale qui impose à « toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit... d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements... qui y sont relatifs ». Les conditions d'application de ce texte sont très précisément définies :

- en premier lieu, la déclaration ne peut être effectuée qu'auprès et qu'au profit de l'autorité judiciaire, en l'occurrence le procureur de la République ;
- en deuxième lieu, la déclaration doit émaner d'une personne ayant la qualité d'autorité constituée, d'officier public ou de fonctionnaire. Le personnel hospitalier ne peut répondre qu'à la première de ces qualifications et uniquement dans la mesure où il exerce un pouvoir hiérarchique ou disciplinaire sur d'autres agents : seuls les directeurs et les médecins chefs de service me paraissent susceptibles de répondre à cette définition ;
- enfin la dénonciation ne peut être envisagée qu'autant que son auteur ait acquis « la connaissance d'un crime ou délit » dans l'exercice de ses fonctions ; lors de l'admission d'un malade ou d'un blessé à l'hôpital, cette connaissance ne peut résulter que des constatations de l'examen médical effectué par le médecin ou des confidences de la victime ou d'un de ses proches.

La question qui se pose dès lors est de savoir si le médecin chef de service ou le directeur est tenu d'en aviser le procureur de la République nonobstant les dispositions de l'article 378 du code pénal. La jurisprudence est très nuancée sur ce point mais il est possible d'en dégager deux principes constants :

D'une part, le médecin ne peut faire porter sa déposition que sur ce qu'il a constaté et découvert lui-même au cours de l'examen effectué ; les faits connus du médecin par le seul aveu ou les confidences de la victime ainsi que les maladies dont celle-ci pourrait être atteinte doivent être tenus secrets.

D'autre part, le secret professionnel étant institué dans l'intérêt du malade, si la divulgation de renseignements de nature à lui nuire est strictement interdite, il n'en est pas de même de ceux dont la révélation ne nuirait qu'à un tiers.

Il résulte de ce qui précède qu'aucune infraction à l'article 378 du code pénal ne pourrait être reprochée à l'autorité constituée d'un hôpital qui aviserait les services du procureur de la République d'un crime ou d'un délit dont a été victime un hospitalisé, si la connaissance de ce crime ou délit découle des seules constatations de l'examen effectué par le médecin et si la sécurité du malade et de sa famille ne sont pas compromises par cette déposition.

#### V. — Le cas particulier des transplantations d'organes.

La publicité qui est actuellement donnée à ce type d'interventions, notamment en matière de greffes cardiaques, me conduit à insister tout particulièrement sur les impératifs du secret professionnel qui doit être observé dans de telles circonstances. Une absolue discrétion s'impose aux personnels hospitaliers de tous les services intéressés

par ces transplantations afin notamment d'éviter que l'identité du donneur ne puisse être connue du receveur et réciproquement ; il importe en effet de protéger le bénéficiaire d'une greffe contre les retentissements psychiques éventuels de la connaissance précise de l'origine de l'organe reçu et contre les pressions que la famille du donneur, si elle le connaissait, pourrait être tentée d'exercer à son encontre.

\*\*\*

Tels sont donc les principes essentiels qui me paraissent devoir présider à l'application des dispositions de l'article 378 du code pénal, sous réserve, je le répète, de l'appréciation souveraine des tribunaux en la matière. Vous voudrez bien porter les termes de la présente instruction à la connaissance des administrations hospitalières placées sous votre tutelle et me tenir informé sous le présent timbre des difficultés auxquelles leur application pourrait donner lieu.

Pour le ministre et par délégation :

*Le maître des requêtes au Conseil d'Etat,*  
*directeur des hôpitaux,*  
JACQUES BAUDOIN.

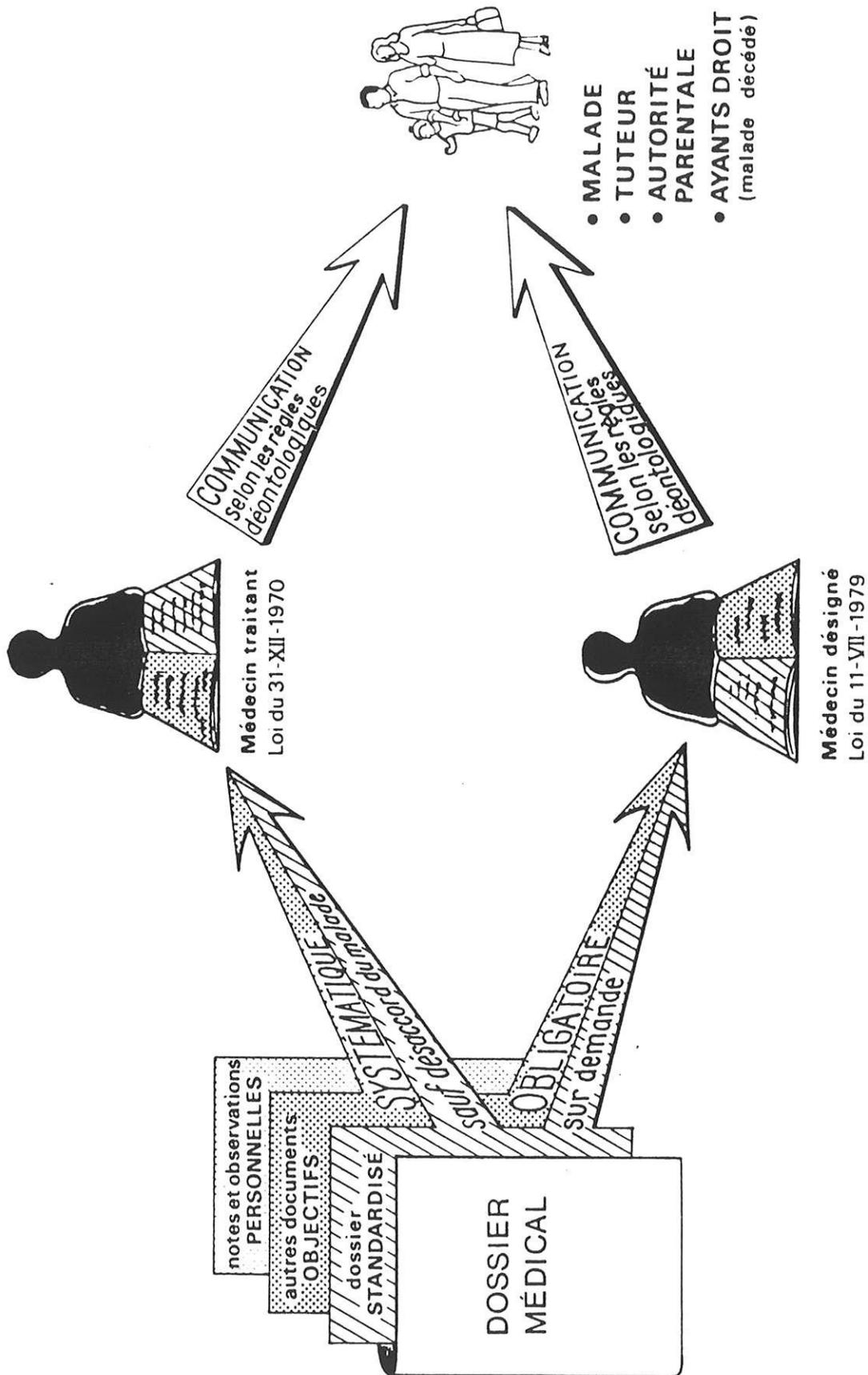


**ANNEXE 6**

---

**SCHEMA D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL  
PAR LE MALADE OU PAR SES PROCHES**

Tableau II Accès au dossier médical par le malade ou ses proches



ANNEXE 7

FORMULAIRE DE REQUISITION A PERSONNE  
ET  
RAPPORT MEDICO-LEGAL FOURNIS AU MEDECIN REQUIS

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA POLICE NATIONALE

RÉQUISITION A PERSONNE

Affaire c/ :

Nous, \_\_\_\_\_

Officier de Police Judiciaire,

agissant en vertu des dispositions de l'article <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ du Code de  
Procédure pénale,

Nature de l'affaire

Prions et, au besoin, requérons M \_\_\_\_\_

à l'effet de procéder aux actes ci-après :

Annexe au Procès-Verbal

n° \_\_\_\_\_

M \_\_\_\_\_ prètera serment de nous

donner son avis en son honneur et conscience :

en tête de son rapport <sup>(2)</sup> ;

par déclaration écrite séparée <sup>(2)</sup>.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

L

(1) Article 60 en flagrant délit.  
Article 74 pour une mort suspecte

(2) Rayer la mention inutile

R A P P O R T M E D I C O - L E G A L  
=====

Je soussigné

Docteur en médecine de la Faculté de  
demeurant à

requis par Monsieur

Officier de Police Judiciaire,

en fonction à

agissant sur délégation de Monsieur le Procureur de la République  
conformément à l'article 74 du Code de Procédure Pénale, serment  
préalablement prêté d'apport mon concours à la justice en mon  
honneur et en ma consciences, me suis présenté le

à heures

à (1)

afin d'examiner le corps identifié par l'enquête judiciaire comme  
étant celui

du nommé

âgé de

j'ai constaté (2)

De mon examen, je conclus (3)

FAIT à

le  
signature.

- (1) - lieu d'examen,
- (2) - description sommaire du corps, des blessures, des circonstances de la découverte et du lieu.
- (3) - préciser mort réellement et constante - nature - cause naturelle ou d'origine suicidaire par..... - elle remonte à (date et heure).

ANNEXE 8

EXEMPLE DE LETTRE TYPE ADRESSEE PAR LE SAMU 87  
AUX MEDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCE

CENTRE  
HOSPITALIER  
RÉGIONAL  
ET UNIVERSITAIRE

HÔPITAL UNIVERSITAIRE DUPUYTREN

2, avenue Alexis-Carrel  
87042 LIMOGES CEDEX  
Tél. 55.05.61.23 - Télex 580950  
Serveur Minitel 55.05.63.33  
Télécopie 55.05.66.67

Standard SAMU : 55.33.33.33

- 178 -

SAMU 87

Numéro d'appel : 15

Directeur : Professeur Pierre FEISS  
Directeur Adjoint : Docteur MATHÉ  
Praticiens Hospitaliers : Docteur PETITCOLIN  
Docteur PIHAN

Limoges

Monsieur et Cher Confrère,

Une équipe du SAMU 87 est effectivement intervenue le pour  
Malgré notre intervention le décès devait survenir.

L'article 378 de code pénal, de même que l'article 11 du  
code de déontologie, ne me permettent pas de vous fournir les  
renseignements demandés en passant même naturellement par la  
nomenclature.

Je vous prie de croire, Monsieur et Cher Confrère, en  
l'assurance de ma considération distinguée.

Docteur

Anesthésiste-réanimateur

ANNEXE 9

SCHEMA SUR LA RESPONSABILITE  
DU  
MEDECIN DU SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER

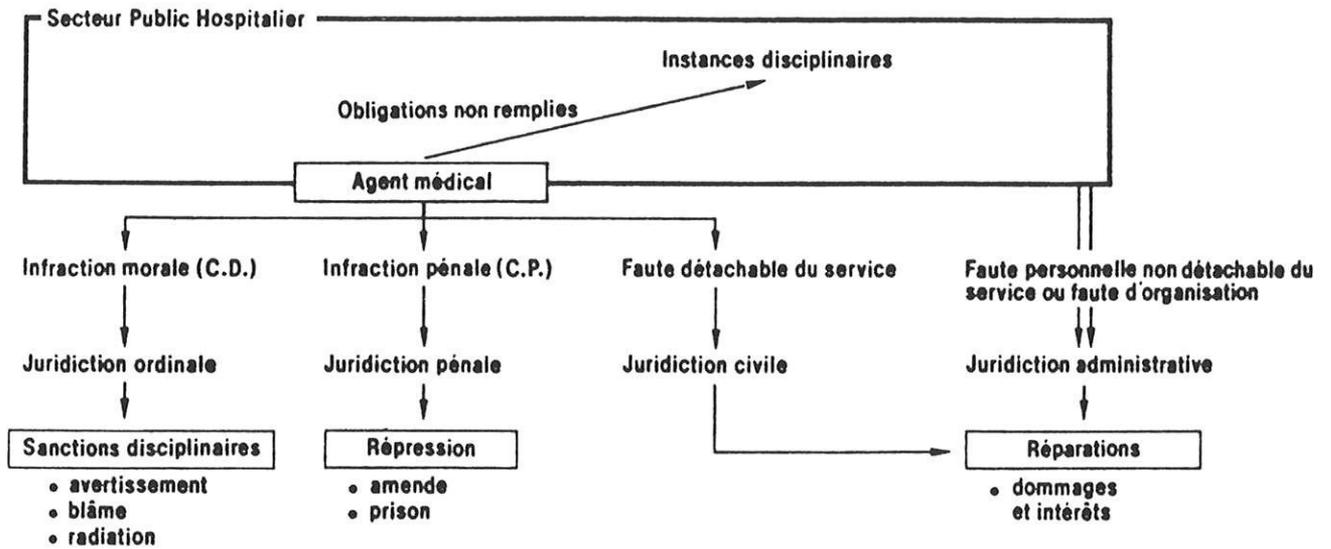


Fig. 1 - La responsabilité du médecin du SPH.

Référence bibliographique (31)

ANNEXE 10

EXEMPLE D'UN CERTIFICAT DE DECES

DÉPARTEMENT  
d Nord

### CERTIFICAT DE DÉCÈS

(Partie à détacher et à conserver dans les Mairies)  
conforme à l'arrêté du 16 juillet 1987.

**A remplir par le Médecin**

Le Docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le 15 Mai 1988 à 15 heure est réelle et constante.

Obstacle médico-légal à l'inhumation . . . . . OUI  NON

Don du corps . . . . . OUI  NON

Obligation de mise immédiate en cercueil hermétique OUI  NON

Obligation de mise immédiate en cercueil simple . . OUI  NON

Accord du médecin pour la pratique éventuelle des opérations suivantes :

- crémation . . . . . OUI  NON
- soins de conservation . . . . . OUI  NON
- transport de corps avant mise en bière . . . . . OUI  NON

Décrets n° 78-436 du 18-5-78 et n° 87-28 du 14-1-87. Voir commentaires au verso

La cause est indiquée dans le document confidentiel ci-annexé qui ne doit être ouvert que par le Médecin de la Santé Publique attaché à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

A Lille le 15 Mai 1989  
Signature: 

Docteur DURAND

**RÉSERVÉ À LA MAIRIE**

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès	
---------------------	--

COMMUNE : Lille

NOM : DUBOIS

Prénoms : Ernest

Age 52 ans Sexe : Masculin

Domicile : 33 rue Nationale

Mod. 5001 - 00000-000000 000 000 000

Attention : bien cocher toutes les cases par oui ou par non.

**A remplir et à clore par le Médecin**

COMMUNE Lille DATE DU DÉCÈS 15 Mai 1988

*Renseignements confidentiels et anonymes sur la cause du décès.*

**I. - Cause du décès**

a) Cause immédiate de la mort :  
(Nature de l'évolution terminale, de la complication éventuelle de la maladie, ou nature de la lésion fatale en cas d'accident ou d'autre mort violente) (1)

Infarctus du myocarde

qui est consécutive à :

b) Cause initiale :  
(Nature de la maladie causale ou de l'accident, du suicide, ou de l'homicide)

coronariite

**II. - Renseignement complémentaire**  
État morbide (ou physiologique, grossesse par exemple) ayant contribué à l'évolution fatale (mais non classable en I comme cause proprement dite du décès) (2)

Une autopsie a-t-elle été pratiquée? (3) OUI  NON

Signature et cachet du médecin,  
Docteur DURAND  

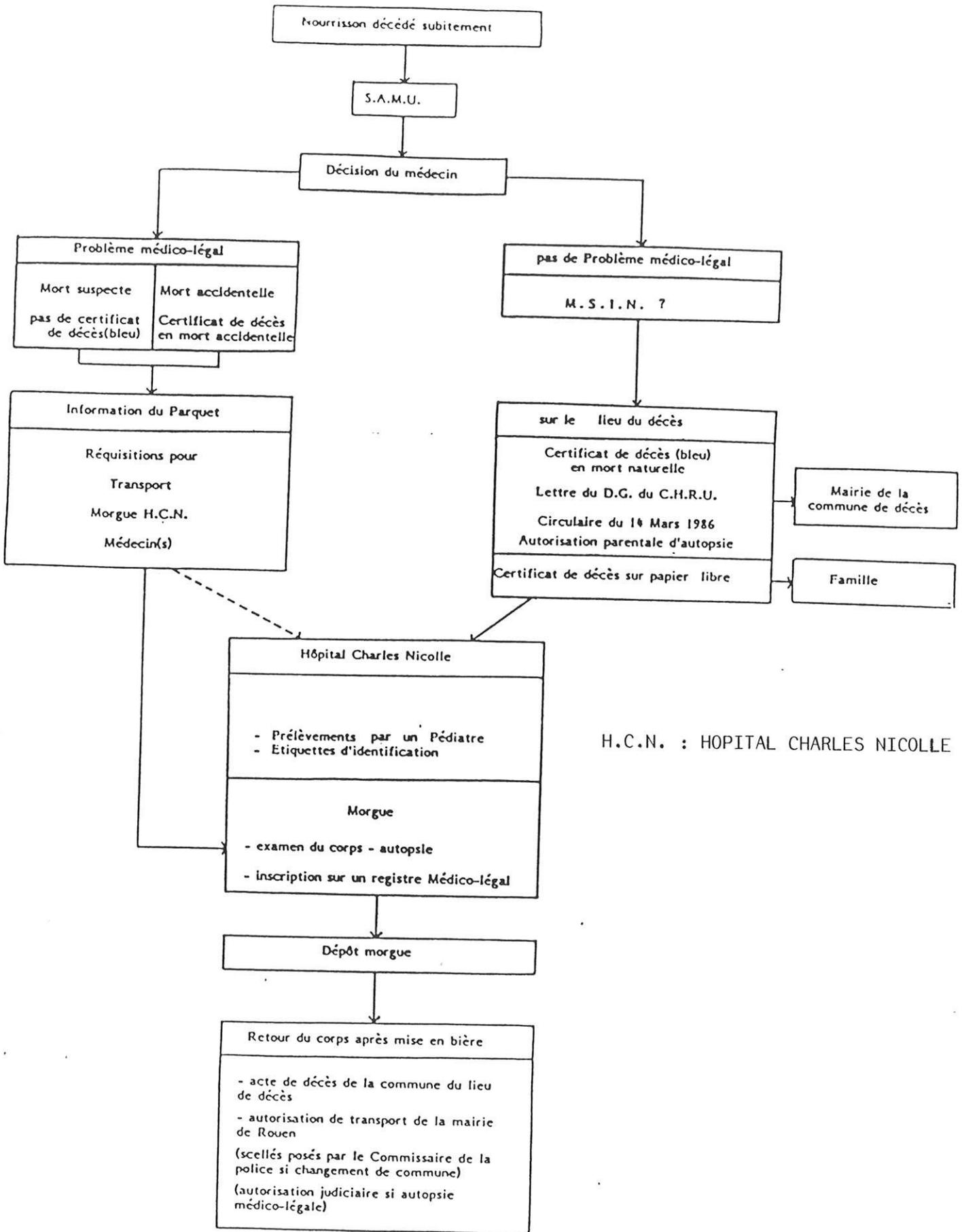

**NOTE**  
Ce document, qui ne peut être communiqué ni en original, ni en copie, sera détruit par les soins du médecin chargé d'établir la statistique des causes de décès, dès qu'il y aura pu être les renseignements indispensables pour cette statistique.

(1) Mentionner ici le cas échéant le décès post-opératoire.  
(2) Mentionner ici le cas échéant l'état mental pathologique qui a pu être à l'origine du suicide.  
(3) Mettre un X dans la case correspondante.

EXEMPLES			
Décès par maladie	Décès par accident	Décès par suicide	Décès par homicide
I. a) Broncho-pneumonie b) Rage II. Roséolisme	I. a) Fracture du crâne b) Chute dans un escalier II. Étylisme chronique	I. a) Pleurésie par balle b) Saisie par arme à feu II. État métonastique	I. a) Section de l'artère métrale b) Homicide par coup de couteau

ANNEXE 11

ORGANIGRAMME POUR LA PRISE EN CHARGE  
DES MORTS SUBITES INEXPLIQUEES DU NOURRISSON  
PAR LE SAMU DE ROUEN



H.C.N. : HOPITAL CHARLES NICOLLE

B I B L I O G R A P H I E

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

---

- 1 - **AHNEFELD F.W.**  
Réussuscitation et médecine d'urgence.  
Une perspective historique  
Cahiers d'anesthésiologie 1989 ; 37,8 : 571 à 576
- 2 - **ALMERAS J.P.**  
Les principes généraux de la responsabilité médicale  
Le concours médical 21-04-90 ; 112 : 1340 à 1342
- 3 - **AMMIRATI-MENE Ch., ALBERQUE Cl., PAUTARD J.C.,  
NEMITZ B., CAPRON P., GUINAUD J.L, JOUCHOUX Y.,  
DE FLAMESNIL F.**  
Role des SAMU dans le signalement des maltraitances à  
enfants. Expérience du SAMU 80.  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 203 à 206
- 4 - **ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS**  
Le secret professionnel et l'hôpital  
DOIN Editeurs PARIS 1989
- 5 - **AUBIJOUX J., VERMORELLE J.**  
Secret médical et réquisition  
La Revue des SAMU 1981 ; 5, 4 : 279 à 280
- 6 - **BALAGNY E., LIENHART A., VIARS P.**  
SAMU - SMUR  
Editions ARNETTE - PARIS 1987

- 7 - **BARANSKI P., PASSAMAR M., CATALA F., NOYER J., DURAN L  
LABADIE L.**

Environnement juridique de l'art médical urgent : vide  
juridique ou mésinformation ?

La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 181 à 187

- 8 - **BASSE J.**

Aspects médico-légaux de l'aide médicale urgente

La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 167 à 168

- 9 - **BESSET P.**

Alerte et régulation des appels au Service d'Aide  
Médicale Urgente

Thèse Médecine LYON 1984

- 10 - **BETREMIEUX P., ROUSSEY M., KERHARO J.Y., BOULBIN J.,  
LEFRANCOIS C., LE MAREC B.**

Le médecin de SAMU face à une Mort Subite du  
Nourrisson.

La Revue des SAMU 1989 ; 4 : 132 à 135

- 11 - **BLANC J.M.**

Problèmes médico-légaux en pratique médicale  
d'urgence : essai d'une définition d'une conduite à  
tenir.

Thèse Médecine - GRENOBLE 1986

- 12 - **BLOT P.**

La régulation médicale

Soins chirurgie Mars 1989 ; 97 : 19 à 22

- 13 - **BOUVARD M., DELHOMME B.**

Lettre ouverte - Relations SAMU-POLICE ou "les  
tentations du 15".

La Revue des SAMU 1989 ; 4 : 155

- 14 - **BOYER M., BATUT M.**  
La responsabilité médicale face à l'urgence sportive  
La Revue des SAMU 1985 ; 5 : 200 à 203
- 15 - **BUFFET M., BERTAULT R., JAUSSAUD M., JOURNE B., SEYS G.A.**  
L'anesthésiste-réanimateur est-il le régulateur idéal d'un SAMU ?  
La Revue des SAMU 1982 ; 5, 8 : 314 à 319
- 16 - **CAROLI F., MASSE G**  
Les situations d'urgence en psychiatrie  
DOIN Editeurs PARIS 1985
- 17 - **CASSIN P.**  
Transport des nouveaux nés par le SAMU 87 au cours de l'année 1988  
Thèse Médecine - LIMOGES 1989
- 18 - **CATHALA F., BATUT M., GASTON J.P., LARENG L.**  
Objectifs de formation des permanenciers.  
La Revue des SAMU 1983 ; 6, 6 : 280 à 282
- 19 - **CAUDAN L., AMATHIEU V.**  
Role et place d'un personnel infirmier au sein d'un SMUR - Bilan après 5 ans de fonctionnement  
Soins chirurgie Mars 1989 ; 97 : 30 à 31
- 20 - **CHABERNAUD J.L., LAVAUD J., BARBIER M.L., FEVRIER Y.M. HOBEIKA G.**  
Prise en charge des morts subites du nourrisson à domicile par une équipe de SAMU  
VII Congrès National des SAMU et SMUR - GRENOBLE 16 et 17 mars 1989

- 21 - **COIGNAC M.J., LOUBRIAT R., LESUEUR M.J.**  
Travail sur la responsabilité de l'infirmière à l'hôpital.  
Revue des professions de santé. Janv.Fev. 1985 ; 40 : 3 à 15
- 22 - **CONINX P., TEMPLIER F., LANATA E., PASTEYER J.**  
Conséquences médico-légales d'un refus d'hospitalisation en SAMU - SMUR  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 178 à 180
- 23 - **CORDIER B., MASSE G., PETITJEAN F., TACHON J.P.**  
Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie  
MALOINE Editeurs PARIS 1981
- 24 - **DAUMEZON G.**  
Placement du malade mental, problèmes juridiques et sociaux.  
La Revue du praticien 1962 ; 12, 31 : 3313.
- 25 - **DEHAN M., GILLY R.**  
Mort Subite du Nourrisson  
DOIN Editeurs PARIS 1989
- 26 - **DISSAIT F., FONTANELLA J.M., COUKA M.O., MEYRIEUX J., BARRIERE A., ASTIER C.**  
Le logiciel SAMU : présentation du programme informatique pour les SAMU  
La Revue des SAMU 1987 ; 6 : 230 à 235
- 27 - **DUGUET A.M., PUJOS M., GASTON J.P.**  
Le secret professionnel du personnel des SAMU : témoignages et enquêtes.  
VII Congrès National des SAMU et SMUR - GRENOBLE 16 et 17 mars 1989

- 28 - **DURIGNON M.**  
Mort subite du nourrisson  
in Pathologie Médico-légale  
MASSON Paris 1987
- 29 - **FAUDEMAY C., BOURGEAT E., HENKE U., PERRIN-COCCON R.,  
MENTHONNEX Ph.**  
Place de l'informatique dans l'aide à la régulation -  
Ses limites  
La Revue des SAMU 1982 ; 5, 8 : 327 à 329
- 30 - **FOURNIER E.**  
Eléments de Médecine légale.  
FLAMMARION Médecine-Sciences - PARIS 1976
- 31 - **GHERARDI R., BENAIS J.P**  
La responsabilité des médecins au sein du secteur  
public hospitalier.  
Encyclopédie Médico-chirurgicale  
Instantanés médicaux 1987 ; 5 : 23 à 26
- 32 - **GILLY R., CHALLAMEL M.J., KOPP N.**  
Mort Subite et Inexpliquée du Nourrisson  
Cahiers médicaux 1982 ; 7, 19 : 1107 à 1109
- 33 - **GRAVIER C., COUDANE H.**  
Que devient la notion de secret médical au regard de  
l'aide médicale urgente ?  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 209 à 212
- 34 - **GRAVIER C., BLANQUART D., COUDANE H**  
L'aide médicale urgente est-elle en opposition avec le  
libre choix ?  
6ème Congrès national du Service Santé des sapeurs  
pompiers - VERSAILLES 14 juin 1990

- 35 - **GRIVOIS H.**  
Régulation téléphonique des urgences psychiatriques.  
La Revue des SAMU 1982 ; 5, 7 : 283 à 287
- 36 - **GRIVOIS H.**  
Urgences psychiatriques  
MASSON Paris 1986
- 37 - **GRIVOIS H.**  
Urgences psychiatriques et troubles aigus du  
comportement.  
La Revue des SAMU 1989 ; 1 : 3 à 7
- 38 - **GUILLAUME J.L.**  
Régulation médicale des appels d'urgence SAMU et SMUR  
des centres hospitaliers généraux de province  
La Revue des SAMU 1981 ; 4, 7 : 399 à 403
- 39 - **HANOTE P., DOURTHE C.**  
Problèmes médico-légaux posés aux médecins des  
structures d'urgence d'un hopital de 2ème catégorie  
d'une ville chef-lieu de département.  
La Revue des SAMU 1982 ; 5, 8 : 324 à 326
- 40 - **HENNEQUIN C.**  
Secret médical et intervenants sur les lieux d'une  
détresse vitale.  
La Revue des SAMU 1981 ; 5, 4 : 283 à 286
- 41 - **HENNEQUIN C.**  
Organisation et régulation médicale - Régulation  
médicale des SMUR périphériques.  
La Revue des SAMU 1982 ; 5, 8 : 320 à 323

**42 - HENNEQUIN C., O'BYRNE P.**

Aspects médico-légaux de l'aide médicale urgente :  
problèmes liés au secret professionnel - problèmes  
liés au décès.

VII Congrès National des SAMU et SMUR  
GRENOBLE 16 et 17 mars 1989

**43 - HOCHART D., MARSON J.C., GOLDSTEIN P.,  
TASSIN-BALLESTRAZI V.**

Vade-mecum de Médecine légale du Médecin du SMUR

La Revue des SAMU 1981 ; 5, 4 : 257 à 261

**44 - HOSPITAL B.**

Une profession en pleine mutation : l'ISAR de SMUR -  
Exemple du SMUR de l'hôpital AVICENNE et du SAMU 93.

Soins chirurgie - Mars 1989 ; 97 : 32 à 33

**45 - JONAS C.**

Suicide et responsabilité médicale

La gazette médicale 1987 ; 94, 6 : 37 à 40

**46 - LACHAUD Y., WEBER A.**

La responsabilité des internes.

ACTU.A.R. 1989 ; 11 : 21 à 23

**47 - LAFARGE M.A.**

Accidents de la route : relation entre rapidité  
d'intervention du SAMU et cout d'hospitalisation.

Thèse Médecine - GRENOBLE 1990

**48 - LARENG L.**

Et si nous parlions de l'expansion des SAMU ou  
l'expansionisme des SAMU parlons en !

La Revue des SAMU 1983 ; 6, 2 : 50

- 49 - **LARENG L., BATUT M., BOUDET F.**  
Le binome permanencier - Médecin Régulateur  
La Revue des SAMU 1982 ; 5, 8 : 313
- 50 - **LAVAUD J., DARGOLS A., ALVIZ R., CHOUAKRI O.,**  
L'équipe médicale du SMUR et l'enfance maltraitée.  
VII Congrès National des SAMU et des SMUR  
GRENOBLE 16 et 17 mars 1989
- 51 - **LE BRAS D.**  
Délais d'intervention et responsabilité des SMUR.  
Jugement du tribunal administratif de RENNES du  
6 avril 1988  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 175 à 177
- 52 - **LIENHARDT A.**  
Prise en charge du Syndrome de Mort Subite Inexpliquée  
du Nourrisson.  
A propos de l'expérience du service de Pédiatrie II,  
du CHU de LIMOGES de 1981 à 1988.  
Thèse Médecine LIMOGES 1989
- 53 - **MAGRET B., MATHE D.**  
Le médecin des sapeurs pompiers - Relations avec les  
autorités, la justice et les médias. Le secret  
professionnel.  
6ème Congrès National du Service Santé des sapeurs  
pompiers - VERSAILLES 14 juin 1990
- 54 - **MANGOLA B., RIVOIRE B.**  
Overdose aux opiacés : limites de l'action urgente.  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 207 à 208

- 55 - **MARTINEZ - ALMOYNA M.**  
Les procédures de la régulation médicale au SAMU et au 15.  
La Revue des SAMU 1982 ; 5, 8 : 333 à 338
- 56 - **MARTINEZ - ALMOYNA M**  
La régulation médicale de tous les appels de demande d'aide sanitaire urgente au SAMU, comment et pourquoi?  
La Revue des SAMU 1983 ; 6,6 : 259 à 260
- 57 - **MARTINEZ - ALMOYNA M.**  
Tribune libre - "To be or not to be regulation par le 15 ou réquisition par le 17 ou 18, that is the question....."  
La Revue des SAMU 1984 ; 7, 4 : 132
- 58 - **MAUBERT J.M.**  
Le médecin régulateur et la régulation au SAMU de GRENOBLE  
Thèse Médecine - GRENOBLE 1981
- 59 - **MAUPETIT B.**  
Historique des SAMU et SMUR - Evolution des dispositons légales.  
Soins chirurgie - Mars 1989 ; 97 : 5 à 8
- 60 - **MAUPETIT B.**  
Role essentiel de l'infirmière  
Soins chirurgie Mars 1989 ; 97 : 3 à 4
- 61 - **MAZEN N.J.**  
Le secret professionnel des praticiens de santé  
VIGOT Editions - PARIS 1988

- 62 - **MONTOUX M.**  
Problèmes médico-légaux du fonctionnement du service d'urgences.  
Thèse Médecine - POITIERS 1975
- 63 - **MULLER P.**  
Intoxication par l'alcool in  
Conférence ALPHA - Médecine légale 1988 ; 13 : 11
- 64 - **MULLER P., BAILLY D.**  
Les certificats d'internement et la législation appliquée aux malades mentaux.  
Le concours médical 1989 ; 111, 35 : 3037 à 3044
- 65 - **MULLER P., GOLDSTEIN P.**  
Aspects médico-légaux de l'aide médicale urgente.  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 169 à 174
- 66 - **MULLER P., GOSSET D.**  
Les certificats médicaux  
Le concours médical 1989 ; 111-29 : 2464 à 2467
- 67 - **MULLER P., GOSSET D.**  
Les certificats de décès.  
Le concours médical 1989 ; 111, 37 : 3279 à 3285
- 68 - **NARCY C., DEHAN M., ODIEVRE M.**  
Malaises du nourrisson  
Encyclopédie médico-chirurgicale - PEDIATRIE 1989 ;  
4013, J 20 : 8 p
- 69 - **NEZELOF C.**  
La Mort au berceau  
JAMA Edition Française 1990 ; 15, 208 : 881

- 70 - O'BYRNE P.  
Le secret médical et l'intervention des SMUR  
Mémoire CES Médecine Légale - LIMOGES 1982
- 71 - O'BYRNE P., HENNEQUIN C.  
Le médecin SMUR face à la mort violente.  
Aspects médico-légaux  
VII Congrès National des SAMU et SMUR  
GRENOBLE 16 et 17 mars 1989.
- 72 - PASSAMAR M., CATHALA F, ESCAFRE C.  
Note sur les modalités d'hospitalisation en urgence  
psychiatrique.  
Convergences Médicales 1988 ; 7, 1 : 48 à 49
- 73 - PASSAMAR M., CATHALA F., NOYER J., DUGUET A.M.,  
MORON P., BARANSKI P.  
Problèmes médico-légaux de l'urgence psychiatrique à  
domicile. Conduite à tenir en pratique de SAMU.  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 188 à 191
- 74 - PASTEYER J., TCHEKOFF S.  
Organisation et gestion. Motivations des appels au  
centre 15 : urgences ou facilité ?  
La Revue des SAMU 1985 ; 4 : 148 à 151
- 75 - PROUST B., LEPAPE D., DECREAU M., FALOURD J.C.,  
WINCKLER C.  
Refus de soins : incidence et implications médico-  
légales à propos de 293 cas.  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 192 à 196
- 76 - RAVAUD P  
Intoxication par l'alcool  
in Les nouvelles questions - Vie médicale 1987 ; 17 :  
13 à 19

- 77 - **ROUZIOUX J.M., DUCLUZEAU R.**  
Responsabilité Médicale dans un service d'urgence in  
"Réanimation et médecine d'urgence".  
Expansion scientifique Française PARIS 1987
- 78 - **TASSET B., LEMERLE P., FALOURD J.C., JARDEL B.,  
WINKLER C., PROUST B.**  
Prise en charge des Morts Subites du Nourrisson :  
aspects médico-légaux.  
La Revue des SAMU 1989 ; 5 : 213 à 214
- 79 - **TRILLOU M.**  
Problèmes médico-légaux posés par le fonctionnement  
d'un Service d'Aide Médicale Urgente.  
Thèse Médecine - TOULOUSE 1977
- 80 - **VERDEIL P., HERVE C., ROY B., HUGUENARD P.**  
Régulation médicale. Analyse des critères composant la  
fonction.  
Convergences médicales 1987 ; 6,6 : 372 à 376
- 81 - **VIRENQUE C.**  
Guide pratique de la médecine d'urgence.  
Editions PRIVAT - TOULOUSE 1983
- 82 - **VOYER M., VALLEUR-MASSON D., CHARLAS J.**  
Mort Subite du Nourrisson. Le point sur les données  
médicales en 1985.  
Neuropsychiatrie Enfance 1986 ; 34, 11-12 : 494 à 500
- 83 - **ZYLKE J.W.**  
Sudden infant death syndrome : resurgent research  
offers hope.  
JAMA 1989 ; 262 : 1565 à 1566

**BIBLIOGRAPHIE JURIDIQUE**

---

- **Code Civil**  
Editions DALLOZ 1989 - 1990
  
- **Code de Procédure Civile**  
Editions DALLOZ 1989
  
- **Code Pénal**  
Editions DALLOZ 1989 - 1990
  
- **Code de Procédure Pénale**  
Editions DALLOZ 1989 - 1990
  
- **Code de la Santé Publique**  
Editions Techniques 1990
  
- **Code des Communes**  
Editions Techniques 1989
  
- **Code de la Famille et de l'Aide Sociale**  
Editions Techniques 1989
  
- **Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite**  
Editions Techniques 1989
  
- **Code de Déontologie**  
Editions Techniques 1986
  
- **Code de la Sécurité Sociale et de la Mutualité  
Sociale Agricole**  
Editions DALLOZ 1988

**TABLE DES MATIERES**

---

INTRODUCTION.....	p	12
CHAPITRE I :		
RAPPELS HISTORIQUES.....	p	16
1.1. Histoire de l'Aide Médicale Urgente.....	p	16
1.2. Aspects législatifs.....	p	17
1.3. Les missions des services d'Aide Médicale Urgente	p	19
1.4. Mise en place d'un SAMU départemental :		
le SAMU 87.....	p	20
CHAPITRE II :		
FONCTIONNEMENT D'UN SAMU.....	p	26
2.1. Le SAMU et la régulation médicale.....	p	26
2.1.1. Principes de la régulation médicale....	p	26
2.1.2. Qui sont les participants de la régulation médicale ? .....	p	29
2.1.2.1. Le PARM.....	p	29
2.1.2.2. Le Médecin Régulateur.....	p	31
2.1.3. Les moyens d'aide à la Régulation.....	p	33
2.1.4. Les moyens de réponse dont dispose le Médecin Régulateur.....	p	34

2.2. Le Centre 15.....	p	36
2.2.1. Son fonctionnement.....	p	36
2.2.2. Ses participants.....	p	37
2.2.3. Les résultats de la Régulation.....	p	38
2.3. L'Unité Mobile Hospitalière (UMH) ou Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).....	p	38
2.3.1. Le personnel.....	p	39
2.3.2. Les moyens matériels.....	p	40
2.3.3. Les types d'interventions effectuées...	p	41
2.4. Bilan synthétique de 2 années d'activité dans un SAMU départemental : le SAMU 87.....	p	43
2.4.1. Appels et affaires traitées : aspects quantitatifs.....	p	43
2.4.2. Aspects qualitatifs des appels.....	p	44
2.4.2.1. Origine des appels.....	p	45
2.4.2.2. Les demandeurs.....	p	45
2.4.2.3. Mode d'arrivée de l'appel ....	p	46
2.4.3. Les interventions SMUR .....	p	46
2.4.4. Commentaires sur l'hélicoptère du SAMU 87.....	p	47

CHAPITRE III :

<b>VADE-MECUM DE MEDECINE LEGALE POUR LES PARTICIPANTS DES SAMU-SMUR.....</b>	<b>p</b>	<b>49</b>
3.1. Le secret professionnel.....	p	49
3.1.1. Bases juridiques.....	p	49
3.1.1.1. Textes de loi.....	p	49
3.1.1.2. Principes du secret professionnel	p	52
a) Ce qui est couvert par le secret médical.....	p	53
b) Qui est tenu au secret professionnel ?	p	54
c) A qui est opposable le secret.....	p	54
d) Conditions de révélations.....	p	57
3.1.2. Les dérogations au secret médical.....	p	57
3.1.2.1. Révélations obligatoires.....	p	57
3.1.2.2. Révélations facultatives.....	p	61
3.1.3. Secret médical et intervention des Unités Mobiles Hospitalières (UMH).....	p	64
3.1.3.1. Alerte et régulation.....	p	65
3.1.3.2. Sur le terrain.....	p	67
a) Relations avec les sapeurs pompiers.	p	67
b) Relations avec les transporteurs sanitaires.....	p	68
c) Relations avec les forces de police et de gendarmerie.....	p	68
3.1.3.3. Dans la gestion des dossiers.	p	70
a) Etablissement des rapports d'intervention.....	p	70
b) Stockage informatique des données d'intervention.....	p	70
3.1.3.4. Rapports avec les médias.....	p	71

3.1.4. Relations avec l'entourage du malade..	p	73
3.1.5. Rapports avec la justice.....	p	74
3.1.5.1. Le témoignage en justice.....	p	74
a) comme accusé.....	p	74
b) comme témoin.....	p	74
3.1.5.2. Les dénonciations.....	p	74
3.1.5.3. La saisie des dossiers.....	p	76
3.1.5.4. Réquisitions.....	p	77
3.1.6. Les certificats.....	p	79
3.1.6.1. Le code de déontologie médicale	p	79
3.1.6.2. Quels certificats dans le cadre du SAMU.....	p	80
3.1.6.3. Règles de rédaction.....	p	81
3.1.6.4. La législation répressive.....	p	82
3.1.6.5. Les problèmes particuliers des compagnies d'assurance.....	p	83
3.2. La Responsabilité Médicale.....	p	84
3.2.1. Notions générales.....	p	84
3.2.1.1. Responsabilité pénale.....	p	84
3.2.1.2. Responsabilité civile.....	p	86
3.2.1.3. Responsabilité administrative.	p	90
3.2.2. Aspects particuliers aux SAMU-SMUR.....	p	94
3.2.2.1. Responsabilité du Médecin Régulateur.....	p	96
3.2.2.2. Responsabilité des Internes...	p	100
3.2.2.3. Responsabilité des auxiliaires médicaux.....	p	102

3.2.3. La responsabilité disciplinaire et la déontologie médicale.....	p 104
3.2.3.1. Notions générales.....	p 104
3.2.3.2. Aspects particuliers à l'exercice de la médecine d'urgence dans le cadre des SAMU-SMUR.....	p 106

**CHAPITRE IV :**

<b>SITUATIONS A L'ORIGINE DE PROBLEMES MEDICO-LEGAUX RENCONTRES PAR LES SAMU-SMUR.....</b>	<b>p 111</b>
4.1. Les malades psychiatriques.....	p 111
4.1.1. L'hospitalisation sur demande d'un tiers	p 113
4.1.2. L'hospitalisation d'office.....	p 116
4.2. Les malades éthyliques.....	p 118
4.2.1. L'alcoolique dangereux.....	p 118
4.2.2. L'alcool et la route.....	p 120
4.3. Les toxicomanes.....	p 122
4.4. Refus de soins et refus d'hospitalisation.....	p 124
4.5. Les décès et certificats de décès.....	p 126
4.5.1. Constatation du décès.....	p 126
4.5.2. La législation thanatologique.....	p 127
4.5.3. Certificat de décès.....	p 128
4.5.4. Obstacles médico-légaux à l'inhumation.	p 129
4.5.5. Collaboration avec la justice.....	p 131
4.5.6. Situations particulières rencontrées par les SMUR.....	p 132

**ANNEXES**

<b>ANNEXE 1</b>	: Glossaire médico-juridique.....	p 154
<b>ANNEXE 2</b>	: Textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation des secours..	p 156
<b>ANNEXE 3</b>	: Schéma de régulation d'un appel au "15" pour un malade à domicile ou pour un accident.....	p 159
<b>ANNEXE 4</b>	: Fiche de régulation SAMU/CENTRE 15 utilisée au SAMU 87.....	p 161
<b>ANNEXE 5</b>	: Circulaire n° 1796 du 20 avril 1973 relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publics	p 163
<b>ANNEXE 6</b>	: Schéma d'accès au dossier médical par le malade ou par ses proches.....	p 173
<b>ANNEXE 7</b>	: Formulaire de réquisition à personne et rapport médico-légal fournis au médecin requis.....	p 175
<b>ANNEXE 8</b>	: Exemple de lettre type adressée par le SAMU 87 aux médecins des compagnies d'assurance.....	p 178
<b>ANNEXE 9</b>	: Schéma sur la responsabilité du médecin du secteur public hospitalier.....	p 180
<b>ANNEXE 10</b>	: Exemple d'un certificat de décès.....	p 182
<b>ANNEXE 11</b>	: Organigramme pour la prise en charge des Morts Subites Inexpliquées du Nourrisson par le SAMU de ROUEN.....	p 184
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	.....	p 185
<b>TABLE DES MATIERES</b>	.....	p 199

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 72

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## RESUME

La pratique de l'Aide Médicale Urgente expose souvent les médecins à des difficultés d'ordre médico-légal. Mieux connaître l'environnement juridique de la médecine d'urgence semble nécessaire pour limiter les tensions survenant lors des interventions.

Cette thèse débute par un historique de l'Aide Médicale Urgente et par une description du fonctionnement d'un SAMU.

La responsabilité médicale, pénale, civile, administrative ou disciplinaire est analysée pour les différents membres des équipes de SAMU-SMUR.

Le secret médical est longuement étudié dans son aspect général et dans ses particularités pour la Médecine d'Urgence.

Sont envisagées les relations entre les SAMU - SMUR et les autres intervenants de l'urgence : sapeurs-pompiers, police ou gendarmerie, ambulanciers privés. Les rapports avec les autorités judiciaires sont également décrits en mentionnant quand et comment le médecin peut ou doit parler.

Enfin, dans ce travail sont analysées différentes situations fréquemment rencontrées par les SAMU, génératrices de problèmes médico-légaux : les décès, les malades psychiatriques, les toxicomanes, les alcooliques, la mort subite inexplicquée du nourrisson (en proposant un protocole de prise en charge).

Mots clés :  
- Secours d'Urgence, SAMU.  
- Responsabilité Médicale, SAMU.  
- Secret Médical.  
- Légale (Médecine)