



ANNEE 1992



THESE N° 93 19

ASPECTS PARTICULIERS DE LA RESPONSABILITE MEDICALE

EN TOXICOLOGIE D'URGENCE

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : jeudi 17 décembre 1992

PAR

Dominique CAYOUX

Né le 28 juillet 1962 aux Sables d'olonne

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Monsieur le Professeur PIVA.....Président
Monsieur le Professeur BOQUIER.....Juge
Monsieur le professeur DUMONT.....Juge
Monsieur le Professeur SAUTEREAU.....Juge
Madame le Docteur CLEMENT.....Membre invité
Monsieur le docteur WUYTS.....Membre invité

THESE med LIMOGES 1992 n° 93



Ex: 1

Libil: 437632

ANNEE 1992

THESE N° 193

ASPECTS PARTICULIERS DE LA RESPONSABILITE MEDICALE
EN TOXICOLOGIE D'URGENCE

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : jeudi 17 décembre 1992

PAR

Dominique CAYOUX

Né le 28 juillet 1962 aux Sables d'olonne

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Monsieur le Professeur PIVA.....Président
Monsieur le Professeur BOQUIER.....Juge
Monsieur le professeur DUMONT.....Juge
Monsieur le Professeur SAUTEREAU.....Juge
Madame le Docteur CLEMENT.....Membre invité
Monsieur le docteur WUYTS.....Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
ASSESSEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et informatique médicale
BRETON Jean-Christophe	Biochimie et Biologie moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DARDE Marie-Laure	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie et traitement de l'image
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
HUGON Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique

LABADIE Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
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 et Transfusion
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
PERDRISOT Rémy	Biophysique et traitement de l'image
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
PRALORAN Vincent	Hématologie et transfusion
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
ROUSSEAU Jacques	Radiologie et traitement de l'image
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique et Traitement de l'image
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

PLAN

1-INTRODUCTION

2-ELEMENTS DE RESPONSABILITE MEDICALE

2-1 INTRODUCTION

2-2 RESPONSABILITE PENALE

2-3 RESPONSABILITE CIVILE

2-3-1 LE CONTRAT DE SOINS

2-3-2 LE CONSENTEMENT

2-4 RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE

2-5 RESPONSABILITE MORALE

2-6 APPRECIATION DE LA FAUTE MEDICALE

3-ELEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES D'INTOXICATIONS
FREQUENTES EN URGENCE

3-1 ALCOOLISME

3-1-1 DEFINITION, EPIDEMIOLOGIE

3-1-2 CLINIQUE

3-1-3 CONDUITE A TENIR

3-2 INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES

3-2-1 SUBSTANCES LES PLUS SOUVENT EN CAUSE

3-2-2 CONDUITE A TENIR

3-3 INTOXICATIONS DOMESTIQUES

3-3-1 SITUATIONS PATHOLOGIQUES POSSIBLES

3-3-2 ORIENTATIONS DIACNOSTIQUES

3-3-3 CAS PARTICULIER DE L'INTOXICATION AU CO

3-4 TOXICOMANIES

- 3-4-1 RAPPEL DES SUBSTANCES SELON LEURS
MODIFICATIONS SUR LE COMPORTEMENT
- 3-4-2 MEDICAMENTS UTILISES PAR LES TOXICOMANES OU
SUSCEPTIBLES DE L'ETRE
- 3-4-3 MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES PROPRES AUX
TOXICOMANIES

4-RESPONSABILITE MEDICALE EN TOXICOLOGIE D'URGENCE

4-1 LA PRESCRIPTION

- 4-1-1 PLAINTTE POUR PRESCRIPTION INADAPTE DE
PSYCHOTROPES
- 4-1-2 ASPECT MEDICO-LEGAL DE LA PRESCRIPTION
- 4-1-3 PRESCRIPTIONS ET TOXICOMANIES
- 4-1-4 INCULPATION POUR PRESCRIPTION DE
STUPEFIANTS
- 4-1-5 ENTRETIEN AVEC UN TOXICOMANE

4-2 PRISE EN CHARGE D'UN MALADE INTOXIQUE

- 4-2-1 CERTIFICAT DE NON HOSPITALISATION
- 4-2-2 REFUS D'HOSPITALISATION
- 4-2-3 LA DECHARGE
- 4-2-4 DIAGNOSTIC: RESPONSABILITE ET ERREURS
 - ALCOOLISME
 - INTOXICATIONS DOMESTIQUES
 - CAS PARTICULIER DE L'INTOXICATION AU CO
 - RESPONSABILITE ET CONDUITE A TENIRDIACNOSTIQUE

4-3 SURVEILLANCE D'UN MALADE INTOXIQUE

- 4-3-1 OPPORTUNITE DE LA SURVEILLANCE MEDICALE
- 4-3-2 LA FUCUE
- 4-3-3 SURVEILLANCE PSYCHIATRIQUE

4-4 LE SECRET MEDICAL

4-5 EMPOISONNEMENTS CRIMINELS

4-6 RESPONSABILITE MEDICALE LORS D'UN ACCIDENT TOXIQUE
MAJEUR EN MILIEU INDUSTRIEL

- 4-6-1 PREVENTION DU RISQUE TOXIQUE MAJEUR
- 4-6-2 PARTENAIRES UTILES DE CETTE PREVENTION
- 4-6-3 INCENDIE D'UN ENTREPOT DE NITRATE D'AMONIUM
A NANTES

5-CONCLUSION

1- INTRODUCTION

Avec la toxicologie d'urgence, nous allons aborder un domaine où la responsabilité revêt plusieurs aspects.

Pour mener à bien ce travail, il est indispensable d'effectuer dans un premier temps un rappel des dispositions légales relatives à la responsabilité médicale.

Nous verrons donc successivement les différents niveaux de responsabilité régis par le code pénal, civil et déontologique.

Un rappel des pathologies toxicologiques fréquemment rencontrées dans cadre de l'urgence seront évoquées.

Les principales intoxications rencontrées sont, l'alcoolisme, les intoxications médicamenteuses, les intoxications domestiques, les toxicomanies. L'aspect clinique sera envisagé ainsi que les grandes lignes de leur traitement.

Ce rappel clinique a pour but de mettre en place les éléments scientifiques nécessaires à une discussion médico-légale.

En aucun cas il ne s'agit d'une étude exhaustive, elle reprend les généralités, ainsi que certaines particularités pouvant être matière à litige en cas de faute médicale.

Un chapitre sera consacré à différents thèmes de responsabilité médicale, concernés par la toxicologie en urgence.

L'aspect médico-légal ne s'arrête pas à la notion de plainte et de condamnation.

Des questions diverses peuvent se poser, à savoir:

- la prescription
- le certificat de non-hospitalisation
- le refus d'hospitalisation
- erreur diagnostique
- surveillance d'un malade intoxiqué
- la fugue
- le secret professionnel
- les mesures d'internement psychiatrique
- l'empoisonnement

En toxicologie d'urgence, les cas les plus fréquemment rencontrés sont les intoxications aux CO, les délivrances de stupéfiants, ou de psychotropes en quantités trop importantes.

Comment situer l'intérêt de cette étude dans le domaine de la responsabilité médicale ?

En volume de dossiers traités par les assurances médicales, c'est assez succinct.

Dans le dernier rapport annuel du sou médical, publié dans le Concours Médical, bien d'autres spécialités médicales ou chirurgicales, très exposées par la nature même de l'exercice, sont sujettes à des procédures judiciaires. (16)

Un commentaire est nécessaire à ce constat:

En responsabilité civile, pour qu'il y ait plainte, il faut qu'une faute soit constatée par le malade ou ses proches.

Dans certaines disciplines cela est facile. La chirurgie réparatrice doit aboutir à un résultat, si celui-ci fait défaut la plainte est recevable. De même un accident d'anesthésie au cours d'une intervention entraînant le décès aboutira le plus souvent à la mise en cause du praticien.

En toxicologie la faute est plus difficile à mettre en évidence et ce pour plusieurs raisons.

Dans le cas de l'alcoolisme et des toxicomanies, on s'adresse à une population plus ou moins marginale. Celle-ci est généralement peu soucieuse de son état de santé.

Les patients soumis à ces conduites considérées comme suicidaires, sont peu enclins à porter plainte en cas de problèmes.

Contrairement aux disciplines que nous citons précédemment la toxicologie en urgence est d'interprétation clinique difficile. Les familles spectatrices des soins donnés à leurs proches auront des difficultés à comprendre le mal ou le bien-fondé de telle ou telle action diagnostique ou thérapeutique.

Pour mieux rendre compte de cette notion de dépôt de plainte en fonction de la compréhension du phénomène, nous avons passé en revue les années 1989-90-91 de plaintes déposées contre les différents services hospitaliers de l'hôpital d'Angers.

Celles-ci portent le plus souvent sur le service d'urgence, et notamment sur l'organisation, la durée d'attente. Quelques rares plaintes mentionnaient des soins semblant de mauvaise qualité (encore qu'il faille apporter le bénéfice du doute sur ces propos). Toutefois, sur ces trois années il n'y eût pas de plaintes relatives à des cas de toxicologie d'urgence.

La complexité de cette discipline, les conditions dans lesquelles se déroulent ces intoxications sont peu propices aux poursuites judiciaires.

En toxicologie d'urgence la responsabilité se situe à un autre niveau. Elle est intimement liée à l'efficacité des décisions qui seront effectuées lors de la prise en charge de tels malades.

Il est alors très facile de faire un parallèle entre la qualité des soins et l'absence de faute. Inversement si l'on observe les règles de responsabilité médicale appliquées à la prise en charge du malade, l'étape diagnostique et thérapeutique sera cohérente.

En revanche , la responsabilité pénale est plus souvent mise en cause, notamment sur les prescriptions, et les suicides par absorption médicamenteuse.

Quelle conclusion peut-on en tirer ?

La responsabilité médicale est un ensemble de règles qui garantissent une démarche logique dans l'appréhension d'un malade intoxiqué. Cette responsabilité évolue, en fonction du progrès scientifique, et de l'état de l'opinion publique. Cette constante évolution rend cette responsabilité de plus en plus exigeante. C'est au médecin d'en être le garant, et donc d'en connaître les différents aspects, c'est ce que nous proposons d'examiner.

2-ELEMENTS DE RESPONSABILITE MEDICALE

2.1-INTRODUCTION

Tout acte engage la responsabilité de son auteur, ceci est particulièrement évident dans les disciplines médicales où l'exercice peut conduire à des fautes sur la personne humaine. (23)

Il existe donc des lois définissant les règles d'exercice de la médecine.

- la responsabilité pénale qui envisage les fautes vis à vis de la société
- la responsabilité civile qui oblige à la réparation pécuniaire du dommage subi
- la responsabilité administrative, particularité du secteur hospitalier
- la responsabilité morale interne à la profession, régie par le code de déontologie

Cette responsabilité est fondée sur la notion constante d'exigence de la faute. Toute faute du médecin engage sa responsabilité, sans qu'elle soit nécessairement lourde. La conduite du médecin sera jugée en tenant compte de ce qu'aurait fait à sa place et dans les mêmes circonstances, un autre praticien consciencieux et averti.

Nous allons voir comment identifier cette faute, et quel en est son cadre légal. (9)

2-2-LA RESPONSABILITE PENALE

Celle-ci est engagée lorsque le médecin a commis une faute correspondant à une violation des dispositions de la loi pénale, cette faute est réprimée par les dispositions du code pénal. (23)

Schématiquement voici les cas prévus par la loi en matière de faute médicale:

Omission de porter secours:

-Article 63 al 2 du code pénal.

"c'est l'abstention volontaire de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour ses tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours." (8)

Tout appel venant d'un particulier est une présomption de péril. Il appartient au médecin d'apprécier sous le seul contrôle de sa conscience et des règles de sa profession l'utilité de l'urgence de son intervention.

Pour ne pas conduire à un abus dans l'utilisation de cet article, voici les conditions requises:

-Le péril doit être imminent, constant et nécessiter une action immédiate.

-La possibilité d'assistance en dehors des contingences matérielles, place le médecin en première ligne car il est bien sûr, le plus apte à porter secours. La jurisprudence en la matière est très sévère.

-L'absence de risque pour lui ou ses tiers.

-L'abstention volontaire de porter secours, devient une attitude délictuelle, dès lors que la connaissance du péril est connue.

Secret médical:

-Article 378 du code pénal.

L'infraction consiste en la "révélation volontaire d'un fait confidentiel qui a pour conséquence directe ou indirecte de le faire connaître en tout ou partie à des tiers."

La loi prévoit des autorisations de révélations et même des obligations de révélations.

Atteintes à la vie ou à l'intégrité de la personne:

-article 319 concerne "l'atteinte involontaire à la vie ou l'intégrité de la personne provoqué par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par les lois et règlements." Dans les cas d'atteintes non mortelles, la responsabilité pénale résulte des articles réprimant les coups et blessures involontaires et dépend de la durée de l'incapacité temporaire totale de travail personnel. (article 320 du code pénal).

Cet article 320 prévoit que le défaut d'adresse ou de précaution ayant entraîné une incapacité pendant plus de trois mois est une infraction qualifiée de délit, jugée par le tribunal correctionnel.

La récente réforme du droit pénal du 22 juillet 1992, a considérablement augmenté les peines correspondantes. (22)

Infraction sur le règlement des stupéfiants.

-Article L 627 alinea 4-1° du code de santé publique, qui prévoit des sanctions à quiconque aurait délivré, voire facilité l'utilisation de stupéfiant dans un but autre que thérapeutique. Cette disposition sera envisagée pour le cas particulier des toxicomanes.

La récente réforme du droit pénal, prévoit maintenant une responsabilité des personnes morales. Cela intéresse particulièrement les établissements de soins, auxquels peut donc être infligée une amende, dont le taux maximal est égal au quintuple de celui prévu pour les personnes physiques. Des mesures d'interdiction temporaire voire définitive d'exercer certaines activités professionnelles ou sociales sont également prévues. (22)

2-3 LA RESPONSABILITE CIVILE

Ce type de responsabilité fait intervenir le malade et son médecin, qui sont liés par un contrat de soin. Lorsque ce contrat n'est pas respecté, que la preuve de la faute a été faite, le médecin s'engage aux versements de dommages et intérêts le plus souvent afin de devoir en réparer les conséquences.

Cette responsabilité civile repose sur deux notions:

- le contrat de soin
- le consentement libre et éclairés des deux parties (23)

2-3-1-Le contrat de soin

Il fait suite à un arrêt de la cour de cassation (jurisprudence) du 20 mai 1936

C'est une notion obligatoire qui engage le médecin à apporter à son patient tous les soins nécessaires correspondants aux données actuelles de la science, avec les moyens dont il dispose.

Il est fondé sur l'article 1147 du code civil: le débiteur est condamné s'il y a lieu au paiement de dommages et intérêts soit en raison de l'inexécution de l'obligation soit en raison du retard dans l'exécution.

Il est impossible de faire appel à une notion de résultat, le contrat de soin reposant sur la notion d'obligation de moyen. (3)

Néanmoins en toxicologie, l'analyse biologique des toxiques présents dans les liquides biologiques, oblige à une obligation de résultat. C'est une des exceptions à cette notion fondamentale d'obligation de moyen.

Avec le contrat de soin et l'obligation de moyen quant au diagnostic et au traitement en toxicologie on aborde un domaine important. En effet, en urgence on sera amené à faire des diagnostics, rapides et sûrs, débouchant sur un traitement adapté. L'obligation de moyen est ici une notion capitale, car le lieu et l'encadrement du médecin responsable est capital quant au diagnostic et au traitement.

2-3-2-Le consentement

C'est un accord entre le médecin et son malade, celui de soigner et d'être soigné. Dans la pratique courante il ne pose pas de problème car le patient venant consulter un praticien lui reconnaît à priori une compétence, et lui accordant sa confiance le consentement au soin en découle naturellement.

Ce consentement existant est sous-entendu par l'attitude du médecin sous forme d'une information " simple, approximative, intelligible et loyale", il doit être libre et éclairé.

Il existe des cas où cet accord ne peut être réalisé, lorsque le malade est inconscient, ce qui peut être le cas lors d'une intoxication. Dans ce cas précis l'urgence prime tout et le consentement n'intervient pas.

Pour qu'il y ait consentement il faut une capacité pleine et entière des deux parties, ce qui n'est pas le cas pour:

- les mineurs où le consentement doit être obtenu auprès des parents ou tuteurs.

- certains incapables majeurs protégés par la procédure de tutelle le consentement étant obtenu auprès du procureur de la république.

Dans ces deux derniers cas le consentement est parfois difficile à obtenir, les intoxications relevant souvent de traitements urgents. Il faudra passer outre une autorisation des responsables légaux pour débiter un traitement. Par contre le médecin se doit, tout en

donnant les soins nécessaires en situation d'urgence, de prévenir au plus vite les tuteurs légaux.

Le consentement au soin nous fera aborder le problème du refus de contrat.

2-4-LA RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE

La responsabilité de l'administration est engagée du fait d'une faute des agents publics (médecins, internes, étudiants). (23)

La responsabilité civile est modifiée puisque le service public se substitue au médecin. Un cas de figure est prévue en cas de faute lourde détachable du service, où l'hôpital se désolidarise du médecin.

En toxicologie, on peut imaginer des litiges survenant en urgence par mauvais fonctionnement de service:
médecin prévenu trop tard, interne inexpérimenté, attitude inadéquate du personnel soignant.
Dans ces cas précis la responsabilité administrative pourra être mise en jeu.

Sur le plan administratif certaines notions sont à retenir:

-La victime demande à l'hôpital la réparation du dommage causé par un de ses agents devant les tribunaux administratifs (non pas devant le tribunal civil)

-L'hôpital est considéré comme l'employeur du médecin et l'action en justice se fera m.X contre l'hôpital Y

2-5 RESPONSABILITE MORALE

La particularité de l'exercice de la médecine rend obligatoire un code moral.

Les aspects généraux renvoient au code de déontologie, dont le conseil de l'ordre est le garant.

L'exercice de la médecine en urgence oblige à certaines règles dont voici les principales: (18)

-article 4

"un médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril doit lui porter secours ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

Ceci est particulièrement vrai en toxicologie d'urgence, où l'on ne peut déroger à cette règle de l'intervention en urgence.

-article 7

"La volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible"

Dans les situations d'urgences, nous verrons quand et comment il est nécessaire de transgresser cette règle.

-article 16

"les médecins ont le devoir de perfectionner leurs connaissances"

Elément fondamental permettant d'avoir une conduite à tenir en rapport avec les données actuelles de la science. La toxicologie est une science complexe et en constante évolution, la formation continue est indispensable.

-article 34

"dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement à son malade des soins consciencieux et dévoués et à faire appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents.

Les intoxications débouchent parfois sur des phénomènes pathologiques complexes, une équipe pluridisciplinaire sera parfois nécessaire. Les intoxications sont parfois un aboutissement de troubles psychiatriques qui nécessitent alors une prise en charge spécialisée.

Si le conseil de l'ordre veille aux principes de moralité, il lui est possible de sanctionner un de ces membres qui ne respecterait pas ces principes fondamentaux.

La faute disciplinaire est indépendante de la faute pénale ou civile.

Si généralement un comportement pénalement qualifiable l'est sur le plan disciplinaire, le contraire n'est pas nécessairement vrai.

2-6 APPRECIATION DE LA FAUTE MEDICALE

Toute faute du médecin entraîne sa responsabilité, mais l'échec ne présume pas de ce manquement et l'erreur n'est pas assimilable à la faute. Ceci revient à évoquer l'obligation de moyen.

La faute contre l'éthique médicale est facilement appréciable, les juristes fort de ce savoir n'ont alors pas de difficulté particulière pour l'identifier. (23)

Il n'en est pas de même pour la faute technique, qui doit être jugée par un profane en la matière.

Ainsi le juge se réfère aux expertises réalisées par des professionnels, même si le code de procédure pénale ne le lie pas aux constatations et conclusions du technicien.

C'est pourquoi en matière de responsabilité civile il existe une certaine timidité du juriste, qui se réfère généralement à la jurisprudence. (17)

Le médecin tenu seulement par l'obligation de moyen, n'a pas à apporter la preuve qu'il n'a pas commis de faute. Il incombe donc au plaignant d'apporter cette preuve, afin que le juge puisse déclarer qu'il y a bien eu faute professionnelle.

Si aucune preuve ne peut être avancée, alors la demande du patient est rejetée, ce qui est légalement justifié.

La responsabilité médicale et par la même l'exercice médical, est difficile d'interprétation pour le juriste incompetent en la matière. L'instruction d'une affaire est donc délicate, et le recours à la jurisprudence indispensable.

Pour conclure il est intéressant d'opposer deux idées concernant la responsabilité médicale:

La nature même de l'exercice médical, par son "pouvoir" sur l'être humain peut entraîner des situations graves de conséquences, ce qui explique la particularité de cette profession sur le plan juridique. Inversement, un carcan judiciaire serait dommageable à cet art qui réclame parfois une certaine audace pour évoluer, l'histoire de la médecine en est le témoin.

3-ELEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES D'INTOXICATIONS FREQUENTES EN URGENCE

Le médecin se doit dans son exercice de donner des soins en rapport avec les données actuelles de la science. L'obligation de moyen est donc liée à l'évolution de la médecine.

Ce chapitre va donc être consacré à l'étude clinique et la prise en charge des intoxications les plus fréquemment retrouvées en urgence.

Ce n'est pas un travail de toxicologie, nous nous limiterons à des rappels cliniques, et des modalités de prise en charge thérapeutiques communément admises.

3-1-ALCOOLISME

3-1-1 DEFINITION, EPIDEMIOLOGIE

En voici la définition de l'OMS (1951):

- Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leur relation avec autrui ou leur comportement social.

De cette définition se dégagent deux notions importantes, outre celle de consommation excessive, la notion de dépendance et de nocivité.

Epidémiologie de l'alcoolisme

-la mortalité

l'alcoolisme est en france la 3eme cause de décès, celui-ci serait au moins responsable de 70.000 décès.

- directement liés à l'alcoolisation 3.000
- indirectement liés
 - cirrhose hépatique 14.000
 - accidents de voie publique 14.000
 - accidents de travail 700
 - homicides 1.300
 - suicides 4.000

- la morbidité
- 5 à 6 millions de français auraient un problème avec l'alcool.

Ces quelques chiffres permettent de situer l'ampleur de cette intoxication.

Il est déjà possible de parler de responsabilité médicale quant à la prise en charge de l'alcoolique, et ce en terme de santé publique. Il faut considérer l'alcoolisme comme une vraie pathologie, le médecin ne doit pas être fataliste face à l'alcoolisme. Il faut contourner les habitudes culturelles de notre pays à tradition vinicole. Il existe une véritable mythologie de l'alcool, le "savoir-boire" nécessaire à la convivialité et l'intégration sociale.

3-1-2-CLINIQUE

Dans le cadre de l'urgence nous sommes amenés à voir des intoxications alcooliques aiguës, et ce souvent sur des terrains d'intoxications chroniques.

Intoxications aiguës (14)

Le diagnostic d'intoxication aiguë se place le plus souvent dans un contexte d'accident de la circulation sur la voie publique, état d'ebriété.

On se trouve donc dans une situation de crise plus ou moins dramatique face à un sujet alcoolisé non-demandeur de soins pour lequel il faut prendre des décisions médicales et médico-légales.

Voici les trois phases d'évolution:

-Première phase: excitation intellectuelle et psychique avec une logorrhée, l'ébriété est encore inapparente pour le sujet et son entourage.

-Deuxième phase: incoordination motrice, tremblements, dysarthrie, maladresse, obnubilation intellectuelle avec propos peu cohérents.

-Troisième phase: caractérisée par une baisse de la vigilance, somnolence puis coma plus ou moins profond.

Ensuite vient donc le coma alcoolique:

Il est le plus souvent calme et hypotonique, avec une abolition des réflexes ostéo-tendineux, hypoesthésies, hypothermie, polyurie. Des phases d'agitation entrecoupent fréquemment ce coma.

La profondeur en est variable et doit être quantifiée.

Dans les formes graves la respiration est lente et peu ample avec un encombrement trachéo-bronchique. Il faut surveiller la survenue de pneumopathie de déglutition.

Le risque mortel existe à partir de 5 g/l.

A côté de ces manifestations classiques peuvent co-exister des formes psychiatriques.

L'ivresse excito-motrice donne des accès d'agitation et d'agressivité particulièrement violente. Elle n'est pas rare chez les jeunes en association avec une toxicomanie. L'incidence médico-légale est importante, des gestes délictuels voire criminels sont possibles.

L'ivresse dépressive qui confirme ou révèle un état pré-existant dépressif, doit faire craindre l'acte suicidaire car l'ébriété est alors une levée d'inhibition favorisant le passage à l'acte.

3-1-3-CONDUITE A TENIR

Une fois le diagnostic clinique posé, ce qui est le plus souvent aisé (odeur de l'haleine, notion d'alcoolisation, ébriété), faire un examen clinique soigneux qui doit rechercher l'absence de signes neurologiques de localisation, de signes méningés, de lésions traumatiques. La fréquence des chutes et des agressions doit faire envisager la possibilité d'un hématome intra-cranien.

Rechercher une absorption médicamenteuse ou toxique associée.

Il faut faire systématiquement une glycémie, car les hypoglycémies sont fréquentes et ce d'autant plus qu'il existe un état de dénutrition ou de jeûne prolongé.

On préviendra les complications de sevrage toujours possibles chez l'alcoolique chronique au décours d'une alcoolisation aiguë.

Il faut noter également la qualité de l'état nutritionnel, l'existence d'une intoxication chronique et de maladies organiques associées.

Examens complémentaires: (7)

-alcoolémie qui conforte le diagnostic et est obligatoire au moindre doute médico-légal.

-glycémie normale le plus souvent mais parfois basse comme nous l'avons vu chez le dénutri.

-ionogramme vérifiant l'absence de troubles électrolytiques importants à corriger.

-analyses toxicologiques au moindre doute.

Le diagnostic est donc en général facile, en gardant présentes à l'esprit les complications les plus fréquentes que sont l'hypoglycémie, infectieuses et traumatologiques.

Ces patients doivent donc être gardés sous surveillance de gré ou de force.

Cet aperçu clinique nous permettra ultérieurement d'examiner les conséquences médico-légales de cette pathologie.

3-2- INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES

Elles représentent 70 % des intoxications aiguës. Dans 92 % des cas il s'agit d'un suicide, dont 60 % dûs aux seuls barbituriques, tranquillisants et antidépresseurs. (14)

3-2-1 SUBSTANCES LES PLUS SOUVENT EN CAUSE

TRANQUILLISANTS:

-benzodiazépines

La fréquence des intoxications ne cesse de s'accroître. Ce phénomène peut être rattaché à l'emploi très large de ces molécules, notamment en médecine de ville.

L'absorption de doses toxiques variable selon les produits de 0.5 à 1g chez l'adulte, donne dans 50 % des cas un coma et dans 10 % une hypertonie rhizomélique. Des manifestations cardiaques se limitent à une hyperexcitabilité sinusale associée à une hypotension à pression veineuse normale ou basse.

L'intoxication par les benzodiazépines seules est exceptionnellement mortelle.

Le traitement repose sur les mesures habituelles de réanimation, et l'administration d'ANEXATE qui doit provoquer un réveil franc et rapide. L'ANEXATE est considéré comme test diagnostique, sans oublier bien évidemment le lavage gastrique.

-carbamates

On peut parler d'intoxication pour une dose supérieure à six grammes. Il existe un coma calme, avec peu d'effet dépresseur du système respiratoire. La gravité réside dans les troubles hémodynamiques, l'insuffisance circulatoire aiguë est de traitement délicat.

Le traitement est d'abord symptomatique, avec des mesures de réanimation (intubation endotrachéale, sympathomimétiques).

Le traitement épurateur, repose sur le lavage gastrique, l'épuration rénale par diurèse osmotique voire l'épuration extra-rénale.

-barbituriques

L'intoxication est d'autant plus grave qu'il s'agit de barbituriques d'action rapide. Après l'ingestion de pentobarbital, le sommeil s'installe en une quinzaine de minutes avec une apnée possible dès les deux premières heures. Le coma peut être très profond avec la possibilité d'une activité électro-encéphalographique plate et un retour à la normale possible. Cet élément est à prendre en compte lors de la décision de prélèvement d'organe.

L'hypothermie est fréquente lors d'intoxications graves. Elle est le témoin d'un trouble de la thermo-régulation et peut donc apparaître en dehors de toute exposition au froid.

Traitement symptomatique dans un premier temps pour maintenir les fonctions vitales, lavage gastrique, épuration par diurèse osmotique.

Une surveillance en milieu de soins intensifs est bien sûr indispensable.

ANTIDEPRESSEURS:

-les tricycliques

Les doses toxiques sont de l'ordre de 0.5 g avec des variantes selon les produits.

Le coma est fréquent, peu profond, parfois hypertonique.

Troubles cardiaques à type de troubles du rythme, tachycardie sinusale, bloc auriculo-ventriculaire du premier degré, bloc intra-ventriculaire. Le retentissement hémodynamique n'est pas très important, parfois une petite chute de la tension artérielle.

Sur le plan neurologique ont été décrits des états de mal convulsif, ainsi qu'une encéphalopathie qui allonge fréquemment la période de réveil.

Commencer toujours par les mesures de réanimation de base, associées dans ce cas à des anticonvulsivants (VALIUM[®]).

Le lavage gastrique est indispensable. Les troubles du rythme seront à traiter en fonction de leur nature.

-Inhibiteur de la Monoamine Oxydase

Cette molécule ne représente pas en soi de danger, survenue d'une hypotension orthostatique, exceptionnellement des poussées hypertensives. Par contre, lors d'association avec les imipraminiques (TOFRANIL[®]) sont observées convulsions, hyperthermie, hypertension artérielle paroxystique, et insuffisance circulatoire grave.

ANTALCIQUES:

-salycilés

Cette intoxication est grave notamment chez le petit enfant qui survient à partir de 1.50 gr et, sérieuse chez l'adulte à partir de 20 gr.

Il faut y penser devant une hyperpnée, des troubles de la conscience, et des signes de déshydratation.

La recherche des salycilés peut se faire à la bandelette dans les urines.

Cela aboutit à un coma vigil ou convulsif, des troubles métaboliques (acidose métabolique).

Des troubles hématologiques sont possibles avec une thrombopathie fonctionnelle responsable d'épistaxis et d'érosions digestives.

Des réactions d'hypersensibilité avec urticaire et attaque d'asthme sont liées vraisemblablement à l'inhibition des prostaglandines.

Il est indispensable de lutter contre l'acidose, de réhydrater, et d'abaisser la température. Une surveillance en réanimation est indispensable.

-paracetamol

La dose toxique chez l'adulte est de 200 mg/kg et chez l'enfant de 0.1 gr/kg.

Cette intoxication est remarquable par son temps de latence, puisqu'il faut 2 à 3 jours après l'ingestion pour qu'apparaissent les signes de nécrose hépatocellulaire. L'enquête diagnostique doit être guidée par ce délai d'apparition des symptômes pour retrouver le toxique en cause.

C'est une intoxication grave dont le décès est intervenu dans 30 % des cas de patients ayant ingéré 13 gr de paracétamol.

Commencer avec une réanimation hydro électrolytique, un lavage gastrique. Le traitement spécifique de l'intoxication repose sur la N-acetyl/cysteine.

DICITALIQUES:

La marge thérapeutique est très faible, ainsi les doses administrées sont proches des doses toxiques.

-Les Troubles digestifs (vomissements) sont fréquents, et d'apparition rapide.

-Les troubles neuro-sensoriels, obnubilation, somnolence peuvent aboutir à une véritable psychose aiguë.

-Troubles visuels, les scotomes scintillants et dyschromatopsie sont rares.

-Atteinte rénale, fréquente mais en général peu préoccupante.

-Les troubles cardio-vasculaires, élément le plus important de l'intoxication: la bradycardie sinusale est constante. Les blocs auriculo-ventriculaires sont d'apparition précoce. Plus grave, fibrillation et flutter auriculaire, extra-systoles ventriculaires en salves, et tachycardie ventriculaire conduisent à la mort par fibrillation et flutter ventriculaire.

Les bradycardies seront à traiter avec de l'atropine, ainsi que les extra-systoles ventriculaires avec rythme cardiaque lent, par contre dès que ce dernier s'accélère le DILANTIN est préférable. Dans les cas extrêmes de fibrillation ventriculaire, il faut bien sûr recourir au choc électrique externe, suivi d'une sonde d'entraînement électro-systolique.

ANTIPALUDEENS:

-quinine

Elle donne une anémie hémolytique, avec apparition de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, un purpura thrombocytopénique immuno-allergique.

A dose plus élevée cela donne des acouphènes, céphalées, troubles de la vision avec au maximum cécité.

-amino-4-quinoléines

(Chloroquine) troubles digestifs mineurs, atteinte de la peau et des phanères, poussée de porphyrie. Agranulocytose, troubles psychiques variés, neuropathie périphérique, convulsions, troubles de la conduction intra-cardiaque souvent mortels.

Commencer par une réanimation hydro-électrolytique associée, si cela est nécessaire, à de l'adrénaline pour conserver une bonne hémodynamique.

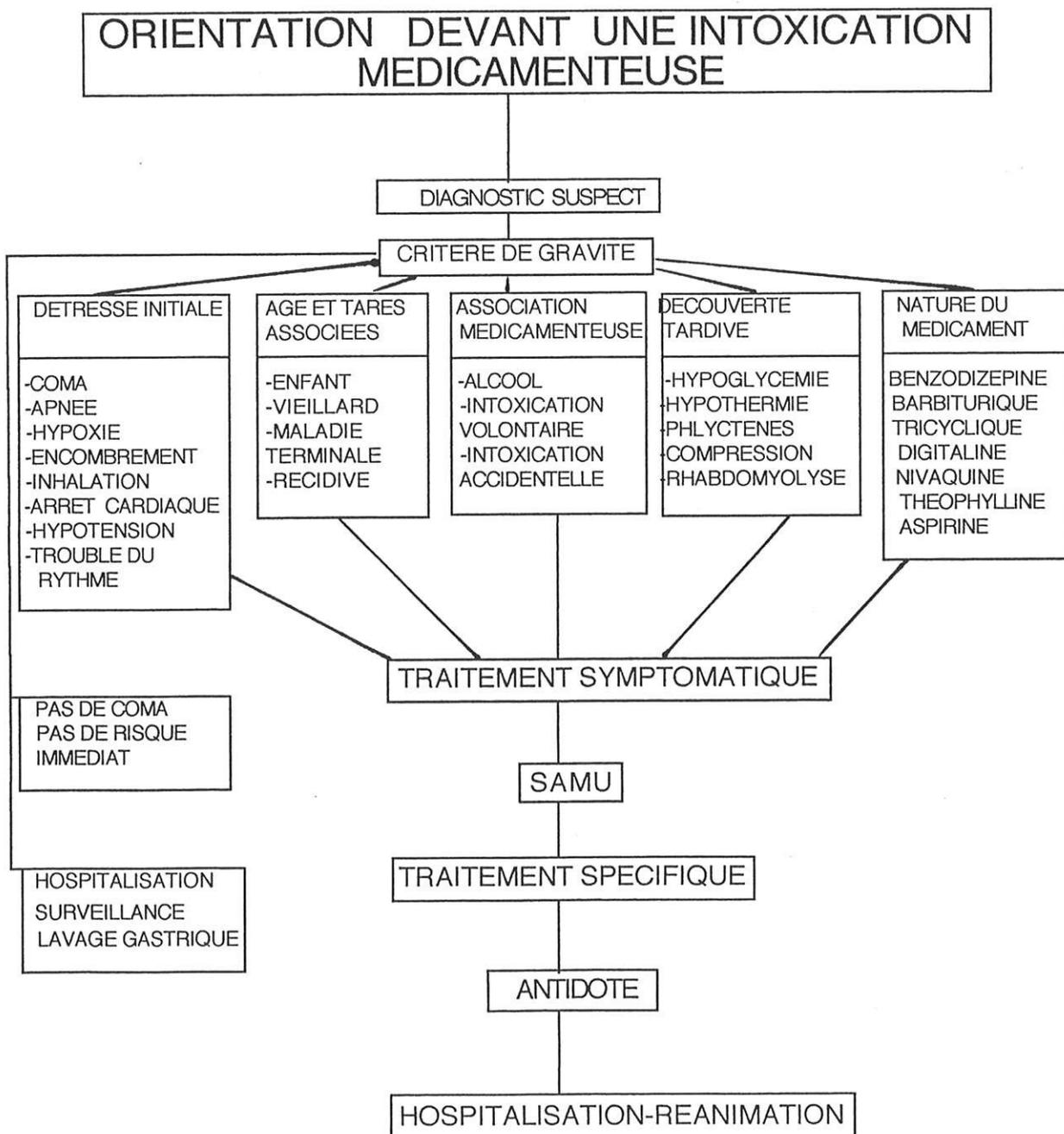
Un lavage gastrique est indispensable.

Surveillance en réanimation en insistant sur la toxicité cardiaque.

3-2-2 CONDUITE A TENIR

Voici un tableau des conduites à tenir, ainsi que des paramètres à prendre en compte en présence d'une intoxication médicamenteuse.

TABLEAU 1: ORIENTATION DEVANT UNE INTOXICATION MEDICAMENTEUSE



Sans commenter ce tableau qui est assez explicite, il faut rappeler que toute intoxication médicamenteuse devrait nécessiter une hospitalisation, dès lors que le diagnostic est suspecté, car l'enquête ne permet jamais d'être sûr de la quantité et de la nature du ou des médicaments absorbés.

En cas de coma il faut systématiquement penser aux autres causes: traumatiques, hypovolémiques, infectieuses, métaboliques, neurologiques et surtout toxiques (cocaïne, morphinique, oxyde de carbone). Il ne faut pas omettre non plus de replacer cet épisode aigu dans le contexte du malade, c'est à dire prendre en compte l'âge (les âges extrêmes ayant des réactions différentes de l'adulte), les antécédents médicaux, chirurgicaux, les traitements pris par le patient.

Dans tous les cas il faut d'abord faire un traitement symptomatique, et ensuite, une fois l'identification faite, administrer un antidote s'il existe.

3-3-INTOXICATIONS DOMESTIQUES

En matière d'intoxication le problème est de connaître la substance. Souvent les équipes d'aide médicale d'urgence retrouvent les emballages en cause sans que cela soit totalement fiable. On peut également être guidé par une symptomatologie. Enfin les dosages sanguins ou urinaires de toxiques apportent la réponse, mais avec un certain délai. (14)

3-3-1 SITUATIONS PATHOLOGIQUES POSSIBLES

En pratique le médecin se trouve confronté à plusieurs situations dont voici les principales:

-le poison est connu et la dose déterminée:
c'est le cas le plus favorable. Il suffit de donner le traitement adapté, et de surveiller l'évolution. Dans le cas d'une molécule moins "classique", il existe des guides pratiques des intoxications, ou le centre anti-poison qui donneront la conduite à tenir. Malgré tout il faut veiller au contexte, en effet les enfants ont une sensibilité différente avec une immaturité enzymatique à prendre en compte pour la détoxification du produit. Les vieillards ont des fonctions hépatiques et rénales généralement déficientes, l'élimination est perturbée. Même chez l'adulte sain les variations de sensibilité sont à prendre en compte. Les antécédents du malade et notamment, les tares viscérales, diabète, insuffisance cardiaque, hépatique, rénale, troubles neurologiques donneront des intoxications infiniment plus graves que chez le sujet normal. Les mesures de réanimation doivent prendre en compte tous ces paramètres.

-la substance est connue mais la dose n'est pas déterminée, il faudra malgré tout essayer de se faire une idée de la dose par la quantité ingérée, le volume des vomissements mais cela reste très imprécis.

Si le poison n'est pas dangereux et n'entraîne pas de destruction cellulaire, ni d'accident fonctionnel grave, un traitement symptomatique et une surveillance sont suffisants.

Si le poison provoque ces lésions, en plus de la surveillance classique, il faut doser des marqueurs de lyse cellulaire régulièrement.

-la substance est inconnue: se pose donc le problème d'identification parfois difficile à résoudre devant la multitude des formes commerciales existantes pour les produits ménagers. En aucun cas l'identification du produit ne doit retarder le traitement symptomatique.

Dans les cas difficiles les centres anti-poison doivent pouvoir apporter une réponse. En effet ils détiennent les listes des différents produits fabriqués avec leur composition.

-le sujet présente des signes qui pourraient être dus à une intoxication. La symptomatologie est le plus souvent imprécise. Il faut donc rechercher de manière systématique la présence du poison par les dosages biologiques. Sans orientation cela est difficile. Il faut donc obtenir le maximum de renseignements pour guider cette recherche.

3-3-2-ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

L'intoxication aiguë et massive, pose en général peu de problème diagnostique, par contre l'intoxication chronique qui peut aboutir à des tableaux dramatiques en urgence est de diagnostic difficile.

Voici donc quelques questions à se poser pour mener son enquête diagnostique:

-ORIENTATION EN FONCTION DU LIEU:

-intoxications à la maison;

alimentaires: conserves, viandes avariées, champignons.

gaz ou solvants

insecticides, pesticides, raticides.

cosmétiques et produits de salles de bain.

-milieu rural

fongicides, raticides, desherbants, insecticides, antimollusques.

plantes toxiques d'une très grande variété, et variable d'une région à l'autre.

-milieu professionnel

S'il s'agit d'une intoxication massive, l'évaluation des risques et la composition des constituants de la fabrication industrielle par le médecin du travail faciliteront la démarche diagnostic et thérapeutique. Dans le cas d'une intoxication chronique la législation française a prévu un certain nombre de pathologies au tableau des maladies professionnelles.

-ORIENTATION EN FONCTION DES TROUBLES OBSERVÉS;

-troubles respiratoires:

*Hyperventilation:

.respiration de kussmaul:

-salicylate, cincophène, et comas acidotiques en général

.hyperpnée

-cyanure, oxyde de carbone, gaz carbonique agents méthémoglobinisants

*Hypoventilation et apnée

-cyanure oxyde de carbone, barbituriques, morphine et stupéfiants, aconit, magnésium, intoxication alimentaire.

*Cène respiratoire de type asthmatique

-insecticides organosphorés, prostigmine, amanite muscarinique.

*Oedème pulmonaire

-chlorure de méthyle, bromure de méthyle, hydrogène sulfuré, chlore, brome, chlorure de zinc, sulfate de diméthyle, insecticides organosphorés, salicylate, chloralose, oxyde de carbone.

*Toux

-tous les caustiques inhalés, poussières irritantes.

*Odeurs anormales de l'haleine

- .odeur alcoolique
 - alcool éthylique et méthylique, hydrate de chlorale, phénols.
- .odeur cétonique
 - acétone, coma diabétique et en général tous les comas avec cétose, solvants de colles.
- .odeur d'amande amère
 - acide cyanhydrique
- .odeur de trichloréthylène
 - trychloréthylène

troubles cardio vasculaires:

- *Anomalies du pouls
 - .pouls irrégulier
 - solvants et insecticides organochlorés, aspidium, santonine
 - .pouls ralenti
 - morphine, veratrum, digitaline.
- *Collapsus
 - nitrates, nitrites, nitroglycérine, vératrum, acétanilide, quinine, essences volatiles, aconit, disulfiram+alcool
- *Arrêt cardiaque
 - digitaline, quinine, quinidine, antipaludéens de synthèse, imipramine, ajamaline.
- *Hypertension artérielle sévère
 - adrénaline, noradrénaline, ergot, cortisone, nicotine.

Troubles nerveux, sensoriels et thermiques

- *Comas
 - .Etats stuporeux, ébrieux:
 - alcool, barbituriques, bismuth, hypnotiques et tranquillisants non barbituriques, phénothiazines, solvants organiques, métaldéhyde, santonine, salicylates.
 - .avec coloration rouge ou rosée de la peau
 - oxyde de carbone, cyanures.

.avec cyanose
-méthémoglobinisants,
organophosphorés.

*Mouvements anormaux

.secousses musculaires
-bismuth, organosphosphorés, nicotine,
organochlorés.

.convulsions et contractures
-insecticides organochlorés,
chloralose, strychnine, camphre,
brucine, santonine, éthylène-glycol,
méthaldéhyde, fluorures,

*Paralysie, polynévrite

-plomb, arsenic, thallium, mercure,
triothocrésylphosphate, sulfure de
carbone.

*Bloc neuro musculaire

anticholinestérasiques, curares,
botulisme.

*Douleurs

.Céphalées:
oxyde de carbone, nitroglycérine,
nitrates, nitrites, hydralazine,
trinitrotoluène.

.Hypertension intracrânienne:

thallium, plomb, organo-métalliques.

.Douleurs polynévritiques

arsenic thallium

*Troubles sensoriels

.vertiges

dihydro-streptomycine, quinine,
salicylate.

.surdité

streptomycine, néomycine, kanamycine.

.amblyopie

quinine, alcool méthylique

.vision floue

atropine, botulisme, prostigmine,
insecticides organophosphorés,
cocaine, solvants, phénols, nicotine.

.vision colorée

santonine, aspidium, quinacrine,
digitaline.

.mydriase

atropine et drogues atropiniques,
cocaine, nicotine, certains solvants,
et hypnotiques en cas de comas très
profond.

.myosis

morphine et morphiniques, prostigmine,
insecticides organophosphorés.

*Troubles thermiques

.fièvre

dinitrophénol, pentachlorophénol, acide
borique, atropine.

.hypothermie

Tout coma notamment du à la
chlorpromazine et l'amitriptyline.

Troubles urinaires:

*Anurie, oliguries

mercure, bismuth, sulfamides,
tetrachlorure de carbone, detergents
cationiques, formaldéhyde, phosphore,
éthylène glycol, térébentine, acide
oxalique.

*Rétention d'urine

atropine, parasympholytiques.

*Hématurie

anticoagulants raticides.

Troubles digestifs et hépatiques:

*Brûlures digestives

acides et bases fortes, oxydants, sels
métalliques, solvants halogénés.

*Vomissements

digitaline, sels mercuriques,
arsenicux, poisons corrosifs.

*Diarrhées

sels mercuriques, colchicine,
bromates, cantharidine,
phénolphtaléine,
trichloréthylène, toxi-infection
alimentaires.

*Hémorragies digestives

salicylés, anticoagulants, sels
mercuriques, colchicine.

*Distension abdominale douloureuse
corrosifs, plomb.

*Ictère

- .par hépatite
hydrocarbure chlorés, arsenic, métaux
lourds, chromates, concophène,
phosphore, champignons (amanites
phalloïdes)
- .par hémolyse
aniline, nitrobenzène, antipaludéens
quinoléiques, sulfamides, hydrogène
arsenié, sels de cuivre.

3-3-3 CAS PARTICULIER DE L'INTOXICATION AU CO

Rappel de la symptomatologie:

-Fontion de la durée d'exposition:

Phase de début:

- céphalées
- perte de connaissance
- asthénie
- troubles digestifs
- syndrome confusionnel parfois

L'évolution se fait vers la phase d'état avec:

- coma profond
- irritation pyramidale diffuse
- troubles respiratoires
- troubles vasculaires
- cyanose

-Fonction du taux de CO:

CO ppm	hbCO %	SYMPTOMES
	0.3-0.7	RAS
	1.5	regulation du flux sanguin vers les organes vitaux
50	5-9	baisse des perceptions lumineuses baisse des fonctions supérieures
150	16-20	céphalée
	20-30	céphalée, fatigue, nausée
500	30-40	vomissements, syncope
10 ³	50	coma
10 ⁴	65-70	deces

De tels signes doivent faire évoquer cette intoxication afin de faire un dosage sanguin d'oxycarbonémie pour en apporter la preuve diagnostique.

3-4-TOXICOMANIES

3-4-1-RAPPEL DES SUBSTANCES SELON LEUR MODIFICATION SUR LE COMPORTEMENT

les principales toxicomanies sont classées en trois grands groupes en fonction des produits utilisés. (12)

-Premier groupe: les psycho-analeptiques

On trouve dans ce groupe les amphétamines qui sont utilisées par voie orale ou intraveineuse. Il existe donc une série de sensations, avec tout d'abord le "flash" qui correspond à une sensation de jouissance extrêmement brève suivie d'un état d'excitation intellectuelle et euphorique appelé le "speed". Ensuite une phase de décroissance appelée la "descente".

Il n'existe pas de dépendance, pas de syndrome de sevrage au sens physique du terme.

La cocaïne conduit au même état d'euphorie et d'excitation intellectuelle. A noter que la prise nasale est fréquente.

Deuxième groupe: les psycholeptiques

L'opium et ses dérivés en sont les principaux représentants.

Il existe dans l'opium un certain nombre d'alcaloïdes comme principes actifs, le plus important pharmacologiquement est la morphine, certains opiums en contiennent 10-14 % .

A partir de cette morphine on prépare la diacétyl morphine ou héroïne. C'est une hémisynthèse facile et le produit est beaucoup plus actif.

Cet opium peut être utilisé directement en le fumant, mais l'héroïne est préférée, par voie intra-veineuse car son action est plus brutale.

Les hypnotiques représentent le deuxième groupe de ces psychodysléptiques. Ils ne sont pas des stupéfiants, on les trouve dans la pharmacopée. Les barbituriques d'action rapides sont appréciés des toxicomanes.

Les solvants tels que l'éther et le trichloréthylène ne sont pas des stupéfiants et ont pourtant une action efficace.

Bien des produits échappent à la législation l'exemple du "glue sniffing" est frappant, la colle chauffée contenant du benzène, toluène ou trichloréthylène est respiré dans des sacs en plastique. De nombreux décès sont à déplorer par asphyxie.

-troisième groupe, les psychodysléptiques

Le LSD est le chef de file il entraîne un état d'hallucination.

Il existe actuellement une tendance évolutive dans l'usage des molécules psychotropes. L'être humain tente aussi bien légalement qu'illégalement d'avoir un contrôle de la régulation psychique au moyen de la chimie.

Dans l'histoire de la toxicomanie plusieurs épisodes restent marquants.

-1972 la pencyclidine ou "poudre d'ange", un anesthésique vétérinaire qui, fumé, a entraîné plusieurs centaines de morts lors d'états psychotiques aigus.

-plus récemment des substances opiacées fabriquées de manière artisanale ont entraîné des troubles extrapyramidaux irréversibles.

-le "crack" succède au chlorhydrate de cocaïne, il est dix fois moins cher, donnant des effets très intenses.

-le MDMA ou méthylène dioxy-métemphétamine appelé "ectasy" est d'usage de plus en plus répandu.

Les toxicomanies sont en constante évolution, voici un tableau résumant les différents psychotropes utilisés ou susceptibles de l'être par les toxicomanes.

3-4-2 SUBSTANCES PSYCHOTROPES ET STUPEFIANTS UTILISES
OU SUSCEPTIBLES DE L'ETRE PAR LES TOXICOMANES (10)

LES PRODUITS LES PLUS UTILISES:

- NEOCODION
- PARECORYNE
- CODETHYLINE HOUDE
- AEINE
- ARTANE
- TRANXENE
- VALIUM

LES PSYCHOLEPTIQUES

-HYPNOTIQUES

- BARBITURIQUES: EUNOCTAL, BINOCTAL, VERONAL, OPTALIDON, SORENYL, SUPPORENYL, MEDOMIDE, NEMBUTAL, CARDENAL, AEINE, IMMENOCTAL, BINOCTAL, SUPPONOCTAL.

-NON BARBITURIQUES: SEDORMID, CHLORAL FORME SIROP

-NEUROLEPTIQUES

-MELLERIL, MODITEN, DROLEPTAN pourraient donner de tels abus.

-PSYCHOLEPTIQUES DE TRANSITION

-Groupe des phénothiazines et thioxanthène, ne donne pas de toxicomanie mais pharmacomanie au THERALENE et PHENERCAN.

-TRANQUILLISANTS

-Benzodiazépines, TRANXENE, LIBRIUM, VALIUM, MOCADON, SERESTA.

-ATARAX, NUBARENE, NUBALCYL, EQUANIL, PROCALMADIOL, MANDRAX.

PSYCHOANALEPTIQUES

-Amphétamines, CORYDRANE, MAXIDON, TONEDRON.

-Anorexigènes, PROLICNE, DERFON, INAPETYL, LUCOFENE, DININTEL, ADIPARTHROL, PERTHOXENE, FRUCALAN, PONDINIL, EFFILONE, LINYL.

-Autres, CAPTAGON, LIDEPRAN, RITALINE, CAFILON, PRELUDINE.

-Antidépresseurs: pas d'abus à ce jour.

PSYCHODYSLEPTIQUES

-Stupéfiants traditionnels opiacés et analgésiques centraux de type morphinique.

Sirop DINACODE, NEO CODION, CODETHYLINE HOUDE, LAMALINE.

3-4-3-MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES PROPRES AUX TOXICOMANIES

Le médecin dans le cadre de l'urgence est amené à prendre en charge les toxicomanes dans différentes situations que l'on peut schématiser au nombre de trois. (12)

- le surdosage "overdose"
- le syndrome de sevrage "l'état de manque"
- les urgences psychiatriques

-le surdosage:

L'injection massive d'héroïne, avec des différences de concentrations en fonction du fournisseur aboutissent donc au surdosage. Les signes cliniques en sont un coma plus ou moins profond, myosis serré, troubles de la ventilation pulmonaire, apnée, parfois collapsus cardio-vasculaire.

C'est donc le traitement d'un état de choc qui ne pose pas de problème particulier, parfois la survenue d'un oedème pulmonaire est assez péjorative quant au pronostic. En revanche si l'on dénombre de nombreux décès et ce, de manière croissante, c'est le plus souvent par un retard de prise en charge.

-le sevrage:

Il n'existe que pour les substances opiacées et les barbituriques.

C'est dans cette situation qu'aussi bien le médecin aux urgences que le médecin praticien peuvent être consultés. Nous y reviendrons mais cela pose des problèmes médico-légaux lors de la prescription.

Le traitement utilise des neuroleptiques, antalgiques et une prise en charge psychotérique rapide.

Le sevrage aux barbituriques pose plus de problème. Deux types de troubles peuvent être observés, des crises comitiales qui peuvent être le motif d'admission aux urgences. Des troubles neuro-végétatifs avec un état confuso-déirant, hyperthermie, deshydratation.

-urgences psychiatriques

L'agitation psycho motrice est fréquente avec les amphétamines, la cocaïne, il est parfois difficile de contenir ces patients. Il faut avoir recours aux sédatifs, voire les neuroleptiques. Ces états d'agitation sont particulièrement importants sur le plan médico-légal par les actes qu'ils peuvent entraîner.

Les états psychotiques aigus se rencontre avec les psychodysleptiques comme le LSD. Les manifestations causées par le morcellement de la personnalité donnent des crises d'angoisse extrême aboutissant à des actes suicidaires qu'il faut savoir prévenir.

La prise en charge psychothérapique est là, très importante car il semble que ces états psychotiques surviennent sur des terrains pré-psychotiques. On parle ainsi de pharmaco-psychose inductrice.

Enfin il existe des états dépressifs sévères, nécessitant une prise en charge complète, les risques suicidaires sont ici également importants.

4-RESPONSABILITE MEDICALE EN TOXICOLOGIE D'URGENCE

Les deux premiers chapitres ont donc été consacrés à la responsabilité médicale en général, l'autre sur la toxicologie clinique rencontrée dans le cadre de l'urgence. Voici donc l'étude médico-légale en toxicologie d'urgence.

Nous allons envisager les différents cas de figure de responsabilité médicale qui interviennent dans cette discipline.

4-1 LA PRESCRIPTION

La prescription est importante à envisager dans cette étude pour deux raisons:

Elle peut aboutir à des situations graves en urgence, avec notamment la toxicomanie, les psychotropes.

La prescription peut être elle-même une urgence pour un toxicomane en état de manque.

En outre la prescription qui comme le rappelle le code de déontologie est libre, a des règles strictes dont l'inobservance aboutit à des sanctions pénales et ordinaires. (18)

4-1-1 INCULPATION POUR PRESCRIPTION INADAPTÉE DE PSYCHOTROPE

Un médecin a été inculpé pour " homicide involontaire pour prescriptions excessives de SERESTA^R".

L'enquête fut menée à la suite de la découverte d'un homme de 43 ans mort à son domicile.

L'expertise médico-légale retrouvera une quantité importante de cette substance dans les analyses toxicologiques.

L'interrogatoire ainsi que les ordonnances délivrées mettront en évidence, une trop grande fréquence de prescription malgré une posologie adéquate. Fait reproché par le juge d'instruction.

D'autre part il semble que le médecin qui connaissait bien le malade, pour ses tendances dépressives, lui fournissaient des ordonnances soi-disant pour remettre au pharmacien qui lui aurait déjà délivré les produits.

Fut reproché également au médecin ce laxisme de prescription sur un terrain éthylique avec insuffisance hépatique, susceptible de majorer l'effet de la substance. Remarque rejetée puisque l'élimination est essentiellement rénale.

En définitive un non-lieu fut prononcé. En fait une contre-expertise montrera que le taux de SERESTA n'était pas à lui seul suffisant pour expliquer la mort. D'après une lettre de l'avocat défenseur, le juge d'instruction trouvait que la conclusion du médecin légiste trop hâtive évoquant le suicide, ce qui le conduisit à ouvrir l'enquête et à inculper le médecin.

4-1-2 ASPECT MEDICO-LEGAL DE LA PRESCRIPTION

Les pouvoirs publics ont réagi en limitant la prescription des substances psychotropes. Il existe donc depuis le décret du 29 décembre 1990 une nouvelle réglementation des substances vénéneuses.

Médico-légalement, un non respect de ces dispositions entraîne pour le prescripteur des sanctions pénales. (18)

En voici les principales modifications:

-La rédaction des ordonnances doit mentionner les nom, prénom, sexe et âge du patient, ainsi que date et signature du prescripteur.

-La posologie est toujours inscrite en toutes lettres pour les stupéfiants, et en chiffres pour la liste I.

-Les médicaments sont désormais repartis en 3 listes:

-liste I ancien tableau A, la prescription est limitée à 12 mois, la quantité délivrée est de 30 jours maximum sur présentation de l'ordonnance.

-liste II ancien tableau C, la prescription est limitée à 12 mois,

-stupéfiants ancien tableau B la durée est toujours de 7 jours mais à compter de la date de prescription et seulement pour la durée restant à courir au moment de la présentation de l'ordonnance.

Pour l'ancien tableau B' la prescription est limitée à 60 jours avec seulement 30 jours de quantité délivrée, et ce pour la durée restant à compter de la date de présentation de l'ordonnance.

Il faut noter que pour la liste II, seule la mention "à ne pas renouveler" rédigée sur l'ordonnance par le médecin, empêchera le pharmacien de délivrer à nouveau des médicaments. Cela est à prendre en compte lors de toute prescription cela pouvant être dommageable pour le patient.

-Limitation de prescription:

-deux semaines, halcion

-quatre semaines essentiellement des benzodiazépines hypnotiques.

-douze semaines, benzodiazépines
d'activités anxiolytiques.

La prescription pour les enfants doit comporter
l'âge et le poids.

Le ministère de la santé a donc légiféré sur ces
prescriptions délicates. Elles entraînent une plus
grande sécurité, tant pour le malade que pour le
médecin.

Maintenant ce décret est il totalement protecteur ?
Il n'est pas difficile pour un sujet déterminé de
consulter plusieurs médecins dans une même journée,
obtenant alors plusieurs prescriptions. Faudra-t-il
instaurer un contrôle permanent de la fréquence de
consultation de chaque patient ? Ces problèmes
doivent être abordés sous différents aspects, humain,
économique ce dernier devenant prépondérant dans le
secteur de la santé.

La prescription des psychotropes peut amener à des
situations d'urgence dramatiques voire au décès.
Celle ci est donc à faire avec la plus grande
vigilance. Ce médecin de bonne foi qui fut inculpé
pour homicide involontaire par prescription
excessive, est l'exemple même d'un excès de confiance
entre lui et son malade.

Les patients utilisateurs de tels médicaments sont
par définition fragiles, un geste suicidaire est
toujours possible.

La responsabilité médicale est engagée à la fois sur
le plan pénal et civil, avec, et nous venons de le
voir l'article 319 "homicide involontaire", et les
articles 1382 "obligation de réparation pour dommage
causé à autrui" et 1383 "responsabilité du dommage par
son fait, négligence, ou imprudence", et enfin sur
le plan administratif pour les praticiens
hospitaliers.

4-1-3-PRESCRIPTION ET TOXICOMANIE

Ce phénomène prend une ampleur de plus en plus importante pour plusieurs raisons:

- l'utilisation de drogues illicites est très onéreuse (1800 frcs 1 gramme d'heroine)
- le délit sévèrement réprimandé par la loi que constitue l'utilisation de ces substances ce qui reste un élément malgré tout dissuasif.
- la relative facilité de se faire prescrire par le corps médical des substances psychotropes.
- la bonne connaissance des produits disponibles sur le marché pharmaceutique par les toxicomanes pour obtenir des effets similaires à ceux des drogues ou combler un éventuel état de carence. (voir tableau)

Médico-légalement, la délivrance de substances toxiques appartenant au tableau des stupéfiants entraîne des sanctions ordinaires et judiciaires.

Il faut rappeler que seul l'éventuelle prescription d'un sédatif est possible mais en aucun cas un stupéfiant ne doit être prescrit.

Dans un rapport du conseil national de l'ordre, des conduites à tenir sont prévues pour réagir face à un malade intoxiqué: (21)

"-le médecin est en face d'une demande de drogue calmante pour une pathologie douloureuse émanant:

-parfois d'un demandeur non drogué, ami

-mais le plus souvent d'un drogué en manque et angoissé.

-en aucun cas il ne faut accéder à la demande du produit toxique.

-il appartiendra au médecin d'orienter le patient vers une prise en charge adaptée à son cas.

Le médecin est directement menacé par un patient exigeant:

-L'injection de produit sédatif peut être possible

-Il est fortement déconseillé de donner le toxique demandé, malgré la promesse d'une prochaine hospitalisation, ce serait mettre le doigt dans un engrenage très dangereux qui peut amener le médecin à subir des sanctions ordinaires ou judiciaires.

Il faut savoir que même menacé, le médecin est responsable de sa prescription. S'il a cédé et a prescrit un stupéfiant, il doit prévenir le conseil de l'ordre de son département

"Le carnet de toxiques doit être gardé en lieu sûr."

Ce texte rédigé par le conseil de l'ordre est tout à fait intéressant car il donne une trame à différentes situations pouvant se présenter à tout médecin. Il est important d'avoir des réactions réfléchies quant à l'aspect légal de nos possibilités thérapeutiques.

4-1-4 INCULPATION POUR PRESCRIPTION DE STUPEFIANTS

Plusieurs médecins ont été inculpés pour ce motif. A la lecture de ces dossiers, cette délivrance était faite dans le seul but de proposer au toxicomane un sevrage en ambulatoire.

Dossier d'inculpation N° 1

Il s'agit d'un médecin qui suivait un jeune toxicomane depuis peu et qui désirait suivre un sevrage.

Le praticien convaincu par ce patient de sa bonne foi, et objectivant un début d'état de manque à l'examen clinique, décide donc de lui prescrire du PALFIUM à doses dégressives. Il respecte la règle des sept jours et invite le patient à venir le voir régulièrement pour suivre l'évolution du traitement.

Le lendemain de la prescription le jeune homme est retrouvé mort.

L'enquête est bien sûr ouverte et les conclusions médico-légales aboutissent à la mort par surdosage en dérivés morphiniques de synthèse. Le taux retrouvé dans le sang était suffisant pour expliquer la mort par dépression des centres respiratoires.

Le médecin fut donc inculpé pour "offre, cession de stupéfiants, et avoir facilité à autrui l'utilisation des dites substances".

L'aboutissement du procès fut un heureux non-lieu pour le médecin. En fait les origines du palfium étaient diverses, et ce patient s'en était fait procurer par d'autre moyen, expliquant alors la quantité massive injectée.

Il existe quatre autres dossiers similaires, mis à part le chef d'inculpation qui parfois évoquait l'article 319 du code pénal. En revanche les motivations médicales ayant conduit les médecins à agir ainsi, et le verdict sont identiques.

Dossier d'inculcation N°2

Cette affaire est encore plus marquante il s'agit d'un médecin toujours inculpé pour délivrance de stupéfiants.

L'enquête fut ouverte à la suite de l'incarcération d'un toxicomane qui cambriolait une pharmacie. Il détenait sur lui des ordonnances émanant de ce médecin.

La brigade des stupéfiants saisie du dossier, découvrit quelques 90 ordonnances délivrées dans les trois derniers mois de stupéfiants par ce même médecin, ce qui correspondait à 1496 cp de PALFIUM.

Ce praticien et le groupe de toxicomanes concerné avaient des rapports presque amicaux, et il fut donc établi qu'à aucun moment des bénéfices financiers ne furent dégagés.

Il fut difficile pour la défense d'évoquer un sevrage en ambulatoire, devant la dose massive délivrée en si peu de temps.

Malgré un appel, le verdict condamna le médecin à 18 mois de prison ferme.

Que ressort-il de ces "affaires" ?

Sur le plan légal, deux articles de lois sont retenus l'article 319 du code pénal "homicide involontaire" et l'article L627 du code de la santé publique "facilitation d'utilisation à autrui de l'usage de stupéfiants".

Lorsque la bonne foi, une conduite thérapeutique logique ont pu être avancées, le verdict était en principe le non-lieu. En revanche la négligence, l'insouciance voire la complaisance sont sévèrement réprimées.

Sur un plan pratique, les toxicomanes habiles dans leur manière à obtenir leur prescription semblent jouer sur le tempérament bon samaritain des médecins voire dans certains cas sur leur naïveté.

Il n'est pas question de rejeter ces patients, mais il faut bien avoir à l'esprit que de telles demandes si elles aboutissent peuvent entraîner au minimum des procédures judiciaires, qui, si elles aboutissent le plus souvent au non-lieu, font vivre aux médecins inculpés des moments psychologiquement difficiles.

4-1-5-ENTRETIEN AVEC UN TOXICOMANE

Pour concrétiser cet aspect important de la responsabilité médicale, il m'a semblé intéressant d'aller sur le terrain pour interroger un toxicomane, afin d'obtenir un avis un peu moins officiel sur ce problème.

Pour ce faire j'ai pris contact avec une association d'aide aux toxicomanes, et avec le concours de son animateur, j'ai pu obtenir un rendez-vous avec un toxicomane.

J'ai eu à faire à un homme de 40 ans, au long passé de toxicomane, utilisateur de drogues dites dures.

Mon but était tout au long de la discussion de savoir quelles étaient les méthodes les plus employées, pour obtenir des médications de substitution.

Il semble qu'il ne soit pas difficile pour un toxicomane d'obtenir des stupéfiants. En effet selon lui de nombreux médecins en délivrent. Dans les années 75, il n'y avait vraiment aucune difficulté pour obtenir de telles prescriptions. De nos jours les médecins sont plus sensibilisés aux problèmes de toxicomanie, ainsi qu'aux problèmes de responsabilité médicale.

Mais selon mon interlocuteur, il suffit de bien vouloir se déplacer un peu, d'aller voir d'autres médecins de villes voisines, pour en obtenir.

Après avoir envisagé l'aspect "historique" et géographique de la prescription, j'ai essayé de savoir quel type de relation ce toxicomane utilisait pour obtenir sa prescription.

Pour ce faire cet homme emploie plutôt le climat de confiance. Il avoue d'emblée qu'il est toxicomane, décrit les troubles qu'il ressent (douleurs, céphalées..) et explique au médecin, ce qui est tout à fait habile, que cette prescription est un acte thérapeutique car il souffre et que seule la prescription de stupéfiants pourra le calmer.

C'est une situation tout à fait embarrassante sur le plan légal. On se trouve dans le cadre d'une urgence, ou le toxicomane est en syndrome de manque, il faut donc le soulager mais la loi nous interdit de prescrire un stupéfiant.

Certains médecins évoquent également cet aspect de la douleur à soulager pour prescrire un stupéfiant. En aucun cas il n'est conseillé sur le plan légal de faire une telle prescription comme nous le rappelait le rapport de l'assemblée du conseil national de l'ordre. D'autre part si la demande initiale du toxicomane aboutit la première fois il faut savoir qu'il deviendra un client fidèle, vite gênant, car si la prescription exceptionnelle pourrait à la limite se concevoir il est hors de question de devenir fournisseur de stupéfiant.

Le deuxième argument évoqué par ce toxicomane pour faciliter la délivrance de stupéfiant, était son entière responsabilité qu'il était prêt à endosser dans le cas de problèmes posés au médecin. Seul le médecin est responsable de ses prescriptions, devant la justice lui seul devra en répondre.

Il semble que la recherche de drogues par prescriptions de stupéfiants soit de plus en plus actuelle. En effet toujours selon ce toxicomane les drogues illicites sont de plus en plus chères, en moyenne de 1800 à 2000 fr le gramme d'heroïne. Les concentrations sont de plus en plus faibles, voire frelatées, l'exemple récent du décès de trois toxicomanes à Nancy en novembre 1992 le montre. Quant à la cocaïne c'est essentiellement l'Amérique du Sud qui en est la plus grande pourvoyeuse. Elle inonde donc plus favorablement les USA. D'autre part il semble bien qu'il existe une influence culturelle dans la manière de se droguer. Les Toxicomanes des USA recherchent plus un effet psychoanaleptique avec la cocaïne, les européens plus un effet psychodysleptique.

Qu'en conclure? Il est de plus en plus difficile d'obtenir de la drogue, elle de plus en plus chère, de qualité médiocre, les risques de poursuites judiciaires sont importants. Les toxicomanes semblent donc se tourner vers les médecins, ils délivrent des substances peu onéreuses, qui pour eux semblent de bonne qualité (ce toxicomane m'avouait qu'avec une bonne dose de moscontin on pouvait avoir un "shoot" prolongé très agréable et par la suite des effets secondaires modérés. Par contre une mauvaise héroïne du marché n'avait pas d'effets supérieurs à 6 heures avec parfois des effets au "réveil" fort désagréables). Ainsi les médecins deviennent leurs alliés, les protégeant un peu en quelque sorte des poursuites judiciaires.

Il faut rappeler également que de nombreux toxicomanes recherchent dans ces consultations des médicaments qui ne sont pas au tableau des stupéfiants mais ayant des effets intéressants pour eux. Il faut savoir qu'ils ont une connaissance partielle mais assez pointue de la pharmacopée.

Que devons nous faire face à cette demande en urgence? Il n'existe pas encore de contrôle sur la fréquentation des malades dans les cabinets médicaux, ainsi un toxicomane peut consulter facilement 6 ou 7 médecins en une journée.

Une bonne connaissance, ainsi qu'une formation continue est indispensable au médecin pour ne pas commettre d'erreurs de prescription.

Il ne faut pas céder à la tentation de prescrire un stupéfiant, mais il ne s'agit non plus d'opposer un rejet massif de la demande. Dans le cas d'un jeune toxicomane il est bon d'établir un dialogue entre le patient et la famille. Il faut sans céder avoir une attitude compréhensive pour aider sans devenir fournisseur de stupéfiants.

4.2 LA PRISE EN CHARGE D'UN MALADE INTOXIQUÉ

Sous ce terme "prise en charge" nous allons regrouper toutes les situations au cours desquelles le médecin face à un malade intoxiqué doit prendre des décisions diagnostiques, thérapeutiques et médico-légales. (11)

4-2-1 CERTIFICAT DE NON-HOSPITALISATION

Les textes officiels disponibles à ce sujet sont des circulaires:

Circulaire n° 1312 du 16 juillet 1973

"Mon attention a été attirée par m.le ministre de l'intérieur sur le fait que certains hopitaux auraient refusé d'admettre des sujets amenés par les services de police, sous prétexte qu'ils étaient en état d'ivresse. Ainsi privés de soins, certains sujets se seraient trouvés dans les situations les plus graves dans les commissariats ou au cours des 24 h suivant leur sortie du poste où on les avait gardé. Or les sujets en état d'ivresse présentent une fragilité particulière favorisant diverses affections, notamment pulmonaires, et leur équilibre instable entraîne souvent des chutes non retenues avec fractures plus ou moins graves.

De plus aucun médecin averti ne peut contester que l'alcoolique chronique est un malade, et l'expérience montre que 80 % des sujets présentant des ivresses répétées sont des alcooliques chroniques.

C'est pourquoi lorsque les services de police amènent à l'hôpital, un sujet en état d'ivresse, que celui-ci soit agité ou qu'il présente un coma apparent, il importe de l'admettre pendant une durée suffisante pour établir le bilan médical exact de son état, ainsi que la présence éventuelle d'une intoxication chronique qu'il conviendrait alors de traiter sans retard.

Je vous serais donc obligé de bien vouloir adresser à ce sujet des instructions précises aux directeurs des hôpitaux relevant de votre tutelle, afin qu'ils prennent toutes dispositions utiles en vue de l'accueil de ces malades, tant en ce qui concerne les locaux appropriés à leur état que les vérifications et les soins qui s'imposent d'urgence, ainsi que pour l'établissement de bilans plus détaillés visant à dépister une intoxication chronique éventuelle.

Bien entendu il est indispensable également de prévoir qu'à sa sortie de l'hôpital l'éthylique sera adressé selon les cas:

- soit à son médecin traitant
- soit à un service hospitalier de désintoxication
- soit au dispensaire d'hygiène mentale de son secteur.

J'appelle votre attention sur le fait qu'au cas où les intéressés refuseraient les soins réclamés par son état, il devrait être signalé par les autorités hospitalières compétentes à vos services, en vue de la mise en oeuvre éventuelle de la procédure prévue par la loi n° 54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux."

Pierre Maniere directeur du cabinet du ministre de la santé publique.

Il faut souligner dans ce texte la notion importante de l'alcoolisme comme entité pathologique. Ainsi la prise en charge de ces patients auraient du être faite par les hôpitaux comme le préconisait la circulaire avec un personnel adapté aux soins, une structure spéciale à l'accueil de ces malades. Une personne en état d'ivresse devait donc réclamer des soins attentifs associés à une prise en charge à long terme si cela s'avérait nécessaire. Ainsi un bilan approfondi de l'éthylisme chronique, une désintoxication éventuelle, ou une prise en charge par le dispensaire d'hygiène mentale du secteur pouvait faire suite à cette hospitalisation.

L'assemblée générale de l'ordre des médecins du 28 mai 1988, reprend cette intoxication comme "véritable maladie psycho-sociale". Elle porte l'accent sur la mesure législative du 15 avril 1954 et le décret du 11 mai 1955 du code de la santé publique portant sur le traitement des alcooliques dangereux qui doivent être placés sous la surveillance de l'autorité sanitaire. Elle fait plutôt appel aux procédures d'internement d'office inadaptées dans ce cas. La conclusion de cette assemblée révèle un certain embarras quant à l'application tant médicale que juridique de ce problème.

Circulaire 2731 DE 1975

Voici maintenant des extraits de la circulaire n° 2731 du 9 octobre 1975 relative à l'admission des sujets en état d'ivresse dans les services hospitaliers.

Elle est considérée comme un complément de celle du 16 juillet 1973.

"Mon attention ayant été appelée sur certaines difficultés d'application de cette circulaire (circulaire de 1973), il m'apparaît nécessaire d'apporter des précisions complémentaires suivantes:"

"2° certificat médical:

Pour dégager la responsabilité des fonctionnaires des commissariats de police et des militaires de gendarmerie qui ont conduit dans les hôpitaux les sujets présumés en état d'ivresse, il a été admis après entente avec mes services et ceux du ministère de l'intérieur et de la défense, qu'un certificat médical serait délivré par le médecin de garde (ou l'interne ou l'étudiant hospitalier de garde aux dits fonctionnaires et militaires de la gendarmerie.

Vous trouverez ci-joint le modèle de ce certificat qui a reçu l'accord de l'ordre national des médecins et des services sus-visés et qui me paraît de nature à mettre fin aux difficultés m'ayant été signalées par le ministère de l'intérieur et de la défense.

En cas de non-admission, le sujet doit être remis au service de police ou à la brigade de gendarmerie qui l'a conduit à l'hôpital. Il convient que vous attiriez l'attention des responsables des services hospitaliers sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'examen médical des personnes ainsi conduites à l'hôpital ait lieu dès leur présentation pour déceler éventuellement des troubles qui se manifestent par des signes cliniques analogues à ceux de l'ivresse, ou certains traumatismes non-apparents susceptibles de mettre en danger la vie des individus et pour qu'une décision d'admission ou de non-admission soit prise, à leur égard, aussi rapidement que possible.
(20)

Dans cette dernière circulaire quelques points me semblent discutables:

-On nous demande d'émettre un avis sur un patient en état d'ivresse, et en fait de formuler un pronostic comme quoi ce patient ne présentera pas de complications lors de son maintien en chambre de dégrisement afin de dégager la responsabilité des "fonctionnaires". On connaît tous la difficulté d'obtenir un interrogatoire et un examen clinique fiable sur ces patients. Dans le cas d'un traumatisme surajouté la douleur n'est pas un signe fonctionnel fiable. Nous l'avons vu dans des exemples précédents bien des signes cliniques peuvent se confondre avec ceux de l'ivresse aiguë.

-Il est anormal que l'on puisse confier la responsabilité de ce certificat à un étudiant voire à la limite à un interne. Il faut une bonne expérience de la médecine et de la traumatologie ainsi qu'une bonne connaissance de ces patients. on peut ainsi s'interroger sur la validité d'un tel certificat, sa seule existence servant alors de rempart juridique à d'éventuelles complications.

Ces deux circulaires sont un peu contradictoires, dans la mesure où l'on considère les ivresses comme un état pathologique digne d'être pris en charge médicalement, et d'autre part la mise en place d'un certificat de non-hospitalisation d'un ébrié le considérant comme non-malade puisque ne nécessitant pas de soins. Depuis 1973 date de la première circulaire, des choix ont été faits puisque l'on retrouve les chambres de dégrisement dans les postes de police, ou gendarmerie, remplaçant alors la structure d'accueil médicale prévue.

L'intégration sociale de l'alcoolisme en France est encore très forte, les pouvoirs publics n'ont pas réagi de la même manière que pour la toxicomanie par drogues illicites où la prise en charge médicale est importante mais cette dernière malgré son incidence croissante est considérée comme socialement très marginale. L'alcoolisme en France est présent dans toutes les couches sociales, et est encore considéré comme un rituel. Il n'est pas difficile de comprendre pourquoi tous les moyens ne sont pas mis en oeuvre pour le combattre. Espérons que sa forte incidence pathologique et économique, obligeront les pouvoirs publics à prendre des positions plus tranchées face à ce fléau.

Il faut donc être très attentif à l'examen et la rédaction de ce certificat. Notre responsabilité de médecin est lourdement engagée, car c'est à nous, médecins que l'on demande d'être très vigilant, ce qui permet de pallier l'imperfection irritante de la prise en charge de ces patients.

4-2-2 REFUS D'HOSPITALISATION.

Dans le cadre de la toxicologie d'urgence le refus d'hospitalisation concerne surtout les ébriétés ainsi que les toxicomanies. La responsabilité médicale est bien sûr importante, et l'étude médico-légale du refus d'hospitalisation est indissociable de la décharge de soins.

Le refus d'hospitalisation fut soulevé par un directeur de centre hospitalier motivant un courrier au ministère de la santé représenté par le sous directeur de la tutelle hospitalière R. VEREY, en date du 7 septembre 1979.

Le problème soulevé était la sortie contre avis médical des malades en état d'ivresse.

Nous allons voir comment la responsabilité du médecin peut être mise en cause:

Un service d'urgence admet un patient en état d'ivresse porteur d'une pathologie nécessitant des soins et une surveillance en secteur hospitalier. Si le malade refuse l'hospitalisation, l'hôpital ne peut retenir contre son gré un malade, celui-ci signant un certificat de refus de soins. Dans le cas d'un ébrié l'absence de discernement est flagrante et la valeur de son jugement n'est pas fiable. Que doit faire alors le médecin?

Il faut appliquer dans ce cas l'article L 76 du code des débits et boissons et des mesures contre l'alcoolisme, le sujet sera conduit au poste de police le plus proche à ses frais ou dans une chambre de sûreté, jusqu'à ce qu'il ait recouvré la raison. Il semble donc dans ce cas que l'on puisse passer outre le secret médical et faire appel au poste de police.

Que se passe-t-il en fait ?

Le consentement et le contrat de soins, n'ont pas de valeur dans cette situation, le malade n'a pas la capacité de discernement pour juger de son état. La réponse que l'on peut donc trouver dans les textes est inadaptée. Si un médecin considère que son patient doit être hospitalisé, c'est qu'il existe des raisons pathologiques à ce maintien. L'appel aux forces de l'ordre pour une incarcération est illogique. En fait le personnel des services d'urgence en vient souvent à maîtriser ces malades, voire leur administrer des sédatifs dans le but d'une surveillance médicale.

4-2-3 LA DECHARGE

La rupture du contrat de soins entre le malade et le médecin est concrétisée administrativement par la décharge. Ce formulaire de décharge fait suite aux dispositions de l'article 60 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974.

L'aspect le plus important de cette décharge est le refus éclairé, c'est à dire qu'il soit précédé d'une information suffisante de la part du médecin. Pour que ce refus soit éclairé il faut que le malade puisse avoir des capacités de discernement, c'est justement dans le cadre de la toxicologie d'urgence, que la valeur de cette décharge est nulle.

Dans le cas d'un refus éclairé la responsabilité d'un médecin, n'est pas engagée, on ne peut pas obliger un malade à se faire soigner par le médecin X.

Par contre lorsque le patient n'a plus les capacités de discernement, alors les dispositions de l'article 63 du code pénal (omission de porter secours) pourraient s'appliquer.

Pour conclure, il est clair qu'en toxicologie d'urgence la majorité des cas nous oblige à garder les patients contre leur gré, le temps de recouvrer la raison.

4-2-4-DIAGNOSTIC: RESPONSABILITE ET ERREURS

Les erreurs de diagnostic sont rarement retenues contre les médecins. Il existe une différence entre faute et erreur, et cette dernière n'est pas toujours fautive. Il est en effet très difficile d'apprécier quelles étaient à postériori les données cliniques qui auraient pu faire penser à telle ou telle pathologie.

Malgré tout "les données actuelles de la science" oblige le médecin à être de plus en plus sûr de son diagnostic, et surtout de ne pas omettre des diagnostics évidents, car l'erreur deviendrait une faute.

Les urgences sont des services souvent visés par ces plaintes, l'examen clinique se déroule dans des conditions parfois dramatiques, car il faut apporter des réponses rapides, et ce, sur des patients pas toujours demandeurs de soins.

Nous allons voir quelques cas d'erreurs diagnostiques en urgence.

-ALCOOLISME

L'éthylisme aigu entraîne fréquemment lorsque celui-ci fait suite à une grosse ingestion d'alcool des épisodes de coma plus ou moins profonds.

Par définition un patient en coma, n'a pas de relation de communication avec l'extérieur. Ainsi nous sommes guidés pour en faire le diagnostic par les signes d'éthylisme aigu dont le plus frappant est l'odeur de l'haleine. Rapidement il faut apporter une confirmation biologique avec le dosage de l'alcoolémie.

Mais ce diagnostic que nous sommes amenés à réaliser fréquemment ne pose pas d'énormes problèmes. Par contre méconnaître une pathologie sous jacente à cette intoxication serait une faute médicale. Celle-ci non diagnostiquée pourrait avoir des conséquences graves quant au pronostic. (26)

-Ivresse, coma et traumatisme

Chez ces patients il est malgré tout important d'avoir un examen très attentif et notamment sur le plan neurologique car souvent ces comas que l'on étiquète facilement "d'éthylique" cachent une cause traumatologique. Ces patients ébriés, de conditions sociales précaires sont sujets à des agressions, ou d'accidents sur la voie publique.

Il existe des dossiers de plaintes formulées par des familles contre des médecins pour négligence. Le cas le plus classique étant celui d'un médecin généraliste appelé pour une ivresse. Celui-ci n'ayant pas cru bon d'effectuer des examens complémentaires décide le maintien à domicile. Quelques heures plus tard le malade décède.

Si la perte de relation avec l'extérieur est fréquemment due à l'intoxication alcoolique il n'est pas rare de trouver lors d'examens complémentaires (radiographies de crâne) des fractures du crâne responsables de troubles neurologiques, et qui peuvent engager le pronostic fonctionnel voire vital. Dans ce cas-là l'erreur diagnostique pourrait bien être retenue comme une faute médicale.

Ces patients fragiles sont souvent soumis à des traumatismes diverses, des agressions (milieux sociaux défavorisés). Certains examens complémentaires non réalisés (les radiographies dans ce cas) pourrait être considérés comme "homicide involontaire" en vertu de l'article 319 du code pénal. La responsabilité civile et administrative dans le cas d'un médecin hospitalier est bien sûr engagée en cas de plainte.

-Ivresse, coma et hypoglycémie

Nous l'avons vu précédemment, l'ivresse aiguë peut entraîner un état comateux, mais la question devant ce malade est: "ce coma est-il réellement dû aux seuls effets de l'alcool?"

En effet comme nous l'avons vu dans le chapitre "rappels de toxicologie clinique", l'hypoglycémie est assez fréquente dans l'intoxication alcoolique, et d'autant plus difficile à déceler qu'elle est tardive. Les séquelles neurologiques possibles à la suite d'un ucoma hypoglycémique, seraient imputables à une faute diagnostique.

-alcool et délirium tremens

Toujours dans le cadre de l'urgence, le médecin ou l'interne de garde est amené à voir des patients éthyliques reconnus ou non pour des épisodes d'agitations, parfois sur syndrome de sevrage, que l'on qualifie rapidement de délirium tremens.

Si effectivement dans la grande majorité des cas le syndrome de sevrage est responsable de ces états convulsifs, n'entraînant pas à court terme de complications particulières, il ne faut pas omettre les complications infectieuses, et notamment méningitiques.

Les éthyliques sont des malades sensibles aux infections.

Elles constituent donc une alternative diagnostique qu'il faut envisager car potentiellement à l'origine de séquelles neurologiques.

L'absence d'examen complémentaire (ponction lombaire) pourrait être reprochée au médecin.

-INTOXICATIONS DOMESTIQUES

Ce chapitre est en matière de toxicologie très vaste. En effet 20 % de l'activité des centres anti-poison est réalisée par des intoxications aiguës dues aux produits domestiques. Les victimes sont souvent des jeunes enfants de 1 à 3 ans. Tout ce qui se trouve à la portée des enfants peut être responsable d'intoxications aiguës. Chez les adultes également on retrouve 10 % de l'activité des centres anti-poison pour ces mêmes intoxications. La plupart du temps il s'agit de contact accidentel. La raison principale est le déconditionnement de l'emballage d'origine. (14)

Comme nous venons de le voir ces intoxications sont fréquentes, et concernent tout particulièrement le jeune enfant. L'absence de diagnostic, ou du moins omettre la possibilité d'une ingestion de toxique chez un enfant présentant un tableau digestif pourrait engager la responsabilité du médecin. Cela pourrait être considéré comme une conduite à tenir insuffisante.

Bien sûr on ne peut pas hospitaliser tous les enfants qui présentent un tableau digestif, mais il serait bon au chevet de l'enfant de faire sa propre enquête quant à l'éventualité d'une absorption de produits domestiques.

Pour conserver une attitude attentive, une surveillance par les parents si celle-ci est possible, ainsi qu'une disponibilité du médecin sont indispensables si un maintien à domicile est envisagé. Il existe des substances pour lesquelles on observe un interval libre entre des signes digestifs ordinaires, et la survenue de manifestations majeures (ex:éthylène glycol contenu dans les antigels). (14)

Dans le cas d'une absorption d'un produit domestique connu, l'attitude la plus raisonnable consiste à prendre contact avec le centre régional anti-poison, qui apporte une réponse concrète quant à la conduite à tenir.

-CAS PARTICULIER DE L'INTOXICATION AU CO

Cette intoxication domestique aux conséquences mortelles occupe une place importante dans la responsabilité médicale, d'ailleurs des médecins furent mis en cause lors de décès ou complications par inhalation de CO.

L'intoxication peut se faire de manière insidieuse. Le monoxyde de carbone est un gaz incolore, inodore, très diffusible, de densité très proche de l'air. Ces caractéristiques le rendent indétectable par les patients et le médecin.

Il est produit par les gaz de combustion des appareils de chauffage, qui sont soit possédant pas une évacuation vers l'extérieur suffisante.

Ces caractéristiques expliquent la vigilance toute particulière, et la présence d'esprit dont doit faire preuve le médecin.

En 1988 10.000 intoxications oxycarbonées aiguës dont 500 étaient mortelles, furent recensées. Plus proche de nous et dans la seule région parisienne de janvier 1992 à fin septembre 1992, 225 hospitalisations et 20 décès sont à déplorer.

-Dossier d'inculpation N° 3 (19)

Un médecin fut appelé en visite pour asthénie évoluant depuis quelque temps. N'ayant rien noté d'anormal un simple traitement symptomatique de l'asthénie fut prescrit.

Quelques temps plus tard le patient fut retrouvé décédé chez lui et la preuve fut faite qu'il s'agissait bien d'une intoxication au CO, le système de chauffage et de ventilation étant defectueux.

Dans cette affaire il fut reproché au médecin de n'avoir pas pensé à l'éventualité d'une intoxication au CO.

Un certain nombre de signes qui évoquaient l'intoxications (nausées, vomissements, vertiges) chez le patient ainsi que son frère qui habitait dans le même logement, ont concouru à mettre en cause la responsabilité du médecin.

La défense de celui-ci s'organisa autour de la non-connaissance de ces derniers faits, qui lui auraient fait envisager le diagnostic.

Il n'y eut pas de suite dans cette affaire.

L'article 319 du code pénal "homicide involontaire par imprudence" pourrait être invoqué. Malgré tout, prouver que l'erreur diagnostic est bien une faute est difficile.

La responsabilité au sens le plus large du terme veut bien sûr que le médecin envisage l'éventualité d'une telle intoxication si des signes positifs venaient à sa connaissance.

Néanmoins, si la négligence pouvait être retenue contre le médecin, le patient lui-même garderait une part de responsabilité.

Ainsi comme le rappelle un récent communiqué de la direction générale de la santé "toute modification des dispositifs de sécurité qui équipent les chauffe-eau non raccordés à un conduit de fumée installés depuis fin 1978, entraînerait la responsabilité de l'auteur de cette modification en cas d'accident"

Il n'est pas question de déresponsabiliser le corps médical, mais de replacer ces accidents toxiques dans un cadre de préoccupation que doit avoir tout un chacun.

Pour conclure l'affaire de cette intoxication, le médecin dans un courrier ultérieur, et après avoir fait son enquête, a pu remarquer que le jeune homme aquariophile chevronné, avait voulu recréer des conditions climatiques tropicales chères à ses poissons en obturant toutes les aérations.

Dossier d'inculpation N°4 (19)

Un étudiant est découvert inanimé par ses parents dans la salle de bain.

Le médecin traitant est alerté, il évoque l'intoxication au CO, fait prendre en charge le malade par les pompiers, le médecin pompier approuve le diagnostic et réalise le transport sous O2.

A l'hôpital l'interne reçoit le malade, il est agité. Il met en route un bilan biologique standard, ponction lombaire, pas de dosage de CO.

Le patient est transféré dans un service d'agité, le lendemain un chef de clinique, demande des avis spécialisés.

Plus tard, sur la demande du médecin traitant un avis toxicologique est demandé.
48 h après l'admission une oxygénothérapie hyperbare est réalisée.

Les séquelles neurologiques entraineront une incapacité à 100%

L'interne et le chef de clinique sont inculpés, pour blessure involontaire avec incapacité temporaire totale supérieure à 3 mois.

Le chef de clinique est relaxé, son action apparait trop tard, il n'aurait pu rien faire. L'interne est condamné à 8 mois de prison avec sursis pour n'avoir pas pris en compte le diagnostic des deux médecins qui ont réalisé la prise en charge, et de n'avoir pas réalisé le dosage de CO même s'il doutait du diagnostic.

Cet interne a donc vu sa responsabilité engagée pour quelles raisons ?

-Il n'a pas tenu compte du diagnostic évoqué par le médecin traitant.

-De plus il n'a pas cru bon faire un dosage du CO dans le sang du patient, se privant alors d'un moyen paraclinique qui lui aurait apporté le diagnostic, et ce alors même que l'avis du médecin traitant le suggérait.

Un médecin qui reçoit en admission d'urgence un patient, se doit de respecter l'avis du confrère qui lui adresse, en mettant en oeuvre les moyens diagnostics cliniques et paracliniques qui lui sont disponibles pour confirmer ou infirmer.

-RESPONSABILITÉ ET CONDUITE A TENIR DIACNOSTIC

Comment la responsabilité est engagée dans ces problèmes d'erreurs diagnostiques ?
Sur le plan pénal l'article 319 "atteinte à l'intégrité corporelle, avec homicide involontaire provoqué par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements" peut être appliquée.

La responsabilité civile avec les articles 1382 et 1383 du code civil, et surtout l'article 1108 relatif au contrat qui oblige à des soins en rapport avec les données actuelles de la science, pourraient être utilisés dans ces erreurs médicales.

Les règles de bienveillances n'ont pas été respectées ce qui a parfois entraîné la mort des patients.

Dans la recherche diagnostic l'erreur peut être pardonnable, par contre les moyens d'aboutir au diagnostic constituent un aspect important de la responsabilité médicale. En effet tout doit être mis en oeuvre pour faire le diagnostic de l'intoxication, et ce en rapport avec les données actuelles de la science, et également en fonction du lieu d'exercice et des moyens paracliniques disponibles. Une fois les fonctions vitales préservées, le bilan clinique qui oriente déjà sur une pathologie toxicologique, voilà un exemple type d'examens paracliniques qui doivent permettre d'aboutir au diagnostic. (25)

-Diagnostic paraclinique d'une polyintoxication: (7)

Bilan standart

groupe ABO Rhésus et recherche d'agglutinines
irrégulières.
numération formule sanguine
ionogrammes sanguin et urinaire
urée-créatinine
glycémie

bilan hépatique

gamma CT
transaminases
phosphatases alcalines
bilirubine

bilan spécifique

dosage des toxiques
-dans le sang
-dans les urines
-parfois dans le liquide gastrique

alcoolémie

bilan des complications

calcémie
enzymes CPK
gaz du sang
radiographie pulmonaire
ECC
radiographies du cranes (si troubles de la
conscience)

bilan particulier

si hypo ou hyperthermie

hémocultures
ECBU

chez les toxicomanes

serologie HIV
serologie de l'hépatite B

Imagerie:

Radiographie standard, tomodensitométrie.

Electroencéphalographie

Voici donc dans le cas d'une polyintoxication les examens qui permettent d'aboutir dans la majorité des cas, au diagnostic.

Ce ne sera peut être pas suffisant, mais ils garantissent une recherche consciencieuse du toxique et des complications, garantissant une sécurité thérapeutique pour le malade, l'absence de faute si éventuellement la responsabilité du médecin était mise en cause.

La conduite diagnostic amène donc à réaliser une série d'examens complémentaires, notamment biologiques, dont le statut légal en responsabilité médicale est particulier.

En voici les termes de la loi: "l'examen de laboratoire, l'analyse de sang, s'effectuant à coup sûr et se réduisant à une recherche d'ordre technique qui obéit à des règles strictes et invariables devant nécessairement aboutir à une exacte solution. Charge son auteur de cette obligation déterminée" (18)

Le biologiste se doit de fournir un résultat exact, avec une méthode présumée infaillible.

Si le diagnostic clinique, oblige le juriste à une certaine prudence en raison de son incompétence, il n'en n'est pas de même pour l'analyse toxicologique qui doit être rigoureusement exacte.

C'est une des exceptions de la responsabilité médicale où l'obligation de moyen n'est plus et devient une obligation de résultat.

4-3-SURVEILLANCE D'UN MALADE INTOXIQUE

L'élimination d'un toxique de l'organisme, dépend d'une cinétique propre à chaque molécule, conditionnée par sa voie d'élimination, ainsi que les propriétés propres à chaque individu à pouvoir éliminer ce toxique. Ce dernier aspect est dépendant de l'âge du malade, ainsi que de ses antécédents, voire la présence de plusieurs toxiques assimilés en même temps.

La prise en charge d'un malade intoxiqué en dehors de l'aspect diagnostic passe par la surveillance de différents paramètres conditionnant la bonne marche thérapeutique.

4-3-1 OPPORTUNITE DE LA SURVEILLANCE MEDICALE

Quels sont les problèmes de responsabilité médicale posés par cette surveillance?

-Il faut d'abord décider de l'opportunité ou non d'une surveillance. Par exemple, un patient en état d'ébriété aiguë amené dans un service d'urgence pour qui l'on réclame un certificat de non hospitalisation. Ou bien on garde le patient pensant qu'il existe un risque, ou l'on décide que le dégrisement se fera au poste de police. En cas de problème la responsabilité civile du médecin peut être engagée avec pour faute un défaut de précaution. De même une erreur de diagnostic peut être retenue si par exemple l'omission de clichés radiologiques n'ont pu mettre en évidence une fracture du crâne.

C'est donc le tout premier aspect médico-légal de cette surveillance, quand doit-on garder un malade intoxiqué à l'hôpital?

Il existe des consensus concernant certaines intoxications.

Par exemple tout malade intoxiqué par des substances médicamenteuses doit être hospitalisé.

Devant l'ivresse alcoolique, il faut être particulièrement vigilant, si parfois des certificats de non-hospitalisation qui engagent entièrement la responsabilité du médecin peuvent être délivrés, il faut néanmoins être prudent et hospitaliser au moindre doute. De toute façon l'alcoolisme relève d'une évaluation médicale, qui nécessite un milieu hospitalier dans les premiers temps.

Pour les ivresses pathologiques avec une composante d'agressivité, il faut contenir le malade, le sédaté, et le surveiller. Dans ce cas on se trouve devant un malade non demandeur de soins, qui peut à tout moment être dangereux pour lui comme pour autrui.

Quelles sont les conséquences médico-légales?

-Pénalement l'article 319 pour "homicide involontaire" peut être évoqué. La non constatation de faits cliniques, ou l'absence d'examens complémentaires utiles, pourrait être considéré maladresse, imprudence, négligence.

-La responsabilité civile en vertu des articles 1382 et 1383, évoquant la responsabilité des dommages causés à autrui, et leur réparation est également possible.

Il faut rappeler à nouveau la responsabilité du médecin dans le certificat de non-hospitalisation, qui comme nous le rappelions, dégage totalement les services de police ou de gendarmerie qui ont pris en charge le patient. Ce serait une erreur de penser qu'il existe une surveillance, de toute façon elle n'est pas d'ordre médical.

Le consentement au soin peut ne pas exister, il est bien rare que le patient veuille bien se faire soigner et hospitaliser. Malgré tout dans ce cas le refus n'est pas recevable, en effet il est considéré que le patient n'a pas toute sa raison pour juger de son état physique, et bien comprendre toutes les conséquences pathologiques de son choix.

4-3-2 LA FUCUE

C'est un cas de figure fréquent dans les services d'urgences, notamment lorsque l'on a à faire à des patients non-demandeurs de soins, alcoolisme, toxicomanie.

La fugue consiste en la sortie du malade contre avis médicale et ce sans formulaire de décharge.

En fait seul le cas de fugue devrait être discuté lorsqu'un malade présente de telles intoxications, car la sortie contre avis médical sous-entend comme nous le rappelions un refus éclairé, ce qui est impossible dans la majorité des cas les capacités de discernement du patient sont altérées.

La fugue entraîne la responsabilité de l'établissement hospitalier (responsabilité administrative) et du médecin responsable.

En effet cette sortie peut avoir des conséquences graves pour le malade lui-même et l'entourage. Lorsqu'un malade est sous l'emprise de drogues ou d'alcool, des conduites suicidaires, délictuelles, voire criminelles sont possibles.

Une fugue constatée, il faut donc apprécier les risques potentiels causés par l'individu.

Dans tous les cas il est nécessaire d'avertir l'administration hospitalière de la sortie d'un malade de l'établissement contre avis médical.

Si le malade est mineur quel que soit son état, ou s'il est majeur mais dont l'état physique ou psychique fait craindre des conséquences graves et immédiates pour lui-même ou autrui il est indispensable d'avertir les forces de l'ordre locales, la famille.

Le médecin peut donc être placé dans des situations délicates, où il devra juger judicieusement d'une situation. Une bonne appréhension de sa responsabilité morale et judiciaire, doivent lui permettre d'agir rigoureusement dans l'intérêt de son

malade et des autres.

4-3-3 SURVEILLANCE PSYCHIATRIQUE

La prise en charge en toxicologie d'urgence est avant tout médicale pour maintenir les fonctions vitales, et assurer une thérapeutique adaptée. Si l'on considère l'alcoolisme, la toxicomanie, les intoxications médicamenteuses pratiquement toutes dans un but suicidaire, la prise en charge psychiatrique est tout aussi importante. (1)

Il est admis que l'intervention du psychiatre doit être de plus en plus précoce. Il n'est pas rare qu'il intervient dès l'admission aux urgences.

Une évaluation psychique du patient est indispensable, une fois les risques vitaux écartés, car la prise en charge psychiatrique conditionne le résultat à court et long terme, et prévient les récidives.

CAS PARTICULIER DU SUICIDE

Le suicide intéresse le médecin à deux niveaux, d'abord les conséquences juridiques médico-légales, mais aussi sa conduite à tenir devant une tentative de suicide. (24)

-aspects juridiques et médico-légaux:

-La législation pénale:

Dans la cas de la tentative de suicide se pose le problème de la non-assistance à personne en danger. L'article 63 alinea 2 stipule que " sera puni de trois mois à 5 ans d'emprisonnement et d'une amende de 360 à 20000 fr la personne qui s'abstiendrait volontairement de porter secours à une personne en péril, sans danger pour lui ou pour ses tiers, par son action personnelle ou en provoquant un secours".

Le code pénal est valable pour tout citoyen français, et d'autant plus pour le médecin dans cet article.

-la tentative de suicide:

Concrètement nous allons nous placer dans la situation suivante:

Un médecin est appelé en urgence au domicile d'un patient qui aurait ingéré dans un but suicidaire des psychotropes.

Sur le plan pathologique 3 cas de figure sont possibles:

-le malade est dans un coma plus ou moins profond, pas de problème particulier sur le plan prise en charge, un transport médicalisé est décidé vers le service d'urgence le plus proche. Tout est mis en oeuvre pour aboutir au diagnostic précis de l'intoxication, le traitement de celle-ci, et la prise en charge psychiatrique.

-Le malade est encore conscient, il accepte de se faire hospitaliser, le médecin doit alors prendre la décision de faire transférer son malade avec un transport médicalisé ou non. Cela dépend de plusieurs paramètres, état du malade, quantité de toxique ingéré, temps de transport.

-Le malade est conscient et il refuse l'hospitalisation. C'est une situation délicate, comment connaître exactement la dose ingérée, les temps de latence entre ingestion et signes cliniques sont fréquents. Le maintien à domicile constitue un risque important pour le malade, si celui-ci est décidé. En cas de décès, l'homicide involontaire par imprudence de l'article 63 du code pénal est applicable.

Dans un premier temps il faut donc tenter d'obtenir l'assentiment du malade et après discussion lui faire accepter l'hospitalisation. Pour obtenir un climat moins passionnel, un entretien seul avec le malade est indispensable, en effet les membres de la famille présents renforcent le climat dramatique du geste, qui est le plus souvent un appel à l'aide.

Dossier d'inculpation N°5 (19)

Le suicide concerne bien évidemment les médecins hospitaliers, en voici l'exemple:

Une jeune femme entre aux urgences d'un hôpital parisien, à 14h30.

Elle aurait absorbé trois tubes de NÉOCODION la nuit précédente et deux tubes similaires le matin même. Très consciente la patiente refuse d'entamer un vrai dialogue avec l'interne, refuse également le lavage gastrique.

L'interne ne cherche pas à la retenir et déclare à la famille qu'il ne lui paraît pas y avoir de danger.

La jeune femme retourne à son domicile à 17 h, elle est retrouvée décédée le lendemain matin.

Une plainte avec constitution de partie civile est déposée par la famille pour non assistance à personne en danger.

La première expertise confirmera la présence excessive de NÉOCODION dans les viscères, ainsi que la présence de benzodiazépines, et confirme que le NÉOCODION est responsable de la mort de la patiente. En outre ce rapport note qu'il semble que tout le nécessaire n'a pas été fait pour que la patiente reçoive les soins que son état réclamait.

L'interne est alors inculpé de non-assistance à personne en danger.

Grâce à un rapport d'expert en toxicologie démontrant l'absence de relation entre le décès et la prise de NÉOCODION pour des raisons pharmacocinétiques, une deuxième expertise fut demandée.

Celle-ci confirme cette dernière hypothèse, en appuyant sur le fait que la prise ultérieure de benzodiazépine est sans doute responsable de la mort de la patiente.

En outre il n'y a pas eu, de la part des membres du personnel hospitalier, de violation des règles de la déontologie quant aux soins donnés et à la mise en garde sur la gravité de l'état de la jeune femme.

Le verdict est le non-lieu.

Sans discuter l'aboutissement de ce procès, cet exemple montre combien la prise en charge de ces malades est délicate, et doit amener à la plus grande prudence en hospitalisant, pour au minimum, surveiller le patient.

Ces situations ne sont pas exceptionnelles, les médecins se doivent d'y répondre le mieux possible. En effet ces actes suicidaires provoqués dans 95 % des cas par des psychotropes, sont prescrits par ces mêmes médecins. La délivrance de ces médicaments est peut-être une solution de facilité offerte au corps médical, devant des patients à qui la réponse thérapeutique aurait du être autre.

Désormais comme nous le rappelions, les pouvoirs publics ont légiféré sur ces prescriptions depuis 1990. La limitation dans la délivrance aura peut-être un effet bénéfique.

L'INTERNEMENT PSYCHIATRIQUE

En toxicologie d'urgence il est donc parfois nécessaire de recourir aux mesures d'internement et notamment l'hospitalisation sur la demande d'un tiers, obligé par la menace que constitue le patient pour lui même ou pour autrui. (1)

Comme nous l'avons vue précédemment à propos des tentatives de suicides, le malade n'est pas consentant à l'hospitalisation.

Ainsi la loi sur l'hospitalisation en milieu psychiatrique, récemment modifiée en juin 1990, permet d'hospitaliser sur la demande d'une personne proche du patient.

l'article 333 du code de la santé publique prévoit un mode d'hospitalisation sans consentement sur la demande d'un tiers.

Deux conditions sont nécessaires:

-les troubles rendent impossible le consentement.

-son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Voici schématiquement comment doit se dérouler la procédure:

-la demande d'admission est faite par un membre de la famille ou un proche susceptible d'agir dans l'intérêt du malade.

-un premier certificat médical doit être fait par un médecin qui ne peut pas exercer dans l'établissement d'accueil. Il constate l'état mental, et la nécessité d'une hospitalisation.

-le deuxième certificat est fait par un médecin qui approuve les constatations, mais en aucun cas les deux médecins ne peuvent avoir de lien de parentés (4 ème degré inclus). Ce dernier peut exercer dans l'établissement.

Ensuite interviennent différentes mesures, destinées à ne pas commettre d'erreurs sur la personne, ne pas hospitaliser ou poursuivre abusivement cette dernière, elles sortent du cadre de cette étude.

L'hospitalisation sur la demande d'un tiers est une possibilité à retenir en cas de refus absolu, et si l'état du malade l'exige.

Qu'en est-il dans la réalité ?

Faire admettre une hospitalisation n'est pas toujours facile, à fortiori dans un milieu psychiatrique. L'aura de l'hospitalisation psychiatrique effrayante pour le malade qui ne se sent pas "aliéné", l'est d'autant plus pour l'entourage qui doit pourtant demander l'internement.

Une fois de plus voici une situation délicate dans laquelle le médecin devra trouver la réponse la plus adaptée.

-Faire courir un risque à son malade en se soumettant à sa volonté?

-Recourir à l'hospitalisation avec autorité?

Il faut trouver la solution la mieux adaptée, en gardant à l'esprit l'intérêt du malade qui est primordial, attitude qui préserve la responsabilité médicale.

4-4-LE SECRET MEDICAL

Ce chapitre important de la responsabilité médicale est un principe de base, et une condition indispensable à la pratique de la médecine.

Son rôle est double, une protection sociale, et une protection de l'individu et de ses biens. (15)

Le respect de ce principe est imposé par le code pénal (art 378), ainsi que le code de déontologie (art 11,12,13).

La violation est un délit, elle existe même en l'absence de toute idée de nuire.

En toxicologie d'urgence, il existe une particularité, c'est l'obligation légale de dérogation au secret médical, prévue par le code de déontologie pour la déclaration des alcooliques dangereux, et dans la lutte contre la toxicomanie.

En effet si en urgence un médecin venait à constater qu'un patient a fait l'usage de stupéfiants, il devrait en avvertir les autorités sanitaires, il sera ainsi placé sous sa surveillance conformément à l'article 355-54 du code de la santé publique.

Le signalement de ces personnes remettait en cause le principe du secret médical. Le 20 mars 1974 une circulaire rappelle que: "les médecins n'ont pas à communiquer les noms des usagers de drogues venant les consulter". La réaffirmation de ce principe tente de diminuer la portée de cette loi. (18)

Si cette dérogation allait sans doute dans le même sens que l'article L-628-1 du code la santé publique incitant les personnes ayant fait usage de stupéfiant à suivre une cure de désintoxication, en fait elle n'est pas appliquée en pratique.

Dans le cas des alcooliques dangereux la même déclaration aux autorités sanitaires doit être faite, dérogeant ainsi au principe du secret médical, en vertu de la loi du 15 avril 1954.

Cela débouche sur une série d'enquête sociale, d'examens médicaux pour expertise, le maintien en liberté, ou l'internement sont alors possible.

En pratique cette dérogation n'est pas observée.

Ces dérogations prévues par la loi sont elles bien compatibles avec la règle fondamentale du secret, dans ce domaine précis de la toxicologie d'urgence.

Le professeur Portes rappelait:

"le secret médical est en France du moins la pierre angulaire de l'édifice médical, et il doit le rester, parcequ'il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret" (18)

la chambre criminelle de la cours de cassation rappelle:

"cette obligation établie pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions ou de certaines fonctions, s'impose aux médecins comme un devoir de leur état; qu'elle est générale et absolue et qu'il n'appartient à personne de les en affranchir." (18)

Ces dérogations légales ont donc bien du mal à trouver leur place dans un domaine aussi fondamental de la profession médicale.

Tout médecin sera amené en urgence à subir des pressions, de la part de la famille, de l'employeur, des forces de l'ordre qui voudront obtenir des renseignements sur une éventuelle intoxication. Dévoiler une intoxication quelle qu'elle soit pourrait être préjudiciable pour le malade. Si le médecin n'observe pas cette attitude, l'article 378 du code pénal peut être appliqué pour condamner celui-ci.

4-5-EMPOISONNEMENTS CRIMINELS

L'empoisonnement criminel est une éventualité possible en toxicologie d'urgence, mais néanmoins rare elle constitue 0.5 % des morts toxiques. (13)

Deux cas de figure sont alors possibles, ou bien il s'agit d'une absorption massive d'un toxique quelconque aboutissant à une situation d'urgence, ou alors l'administration régulière d'une substance dont l'accumulation finit par donner un tableau d'urgence.

HISTORIQUE

L'empoisonnement était très en vogue sous la renaissance, avec les Borgia, puis plus tard les Brinvilliers, Lafarges. Puis plus proche de nous Marie Besnard à Loudun. De nos jours les méthodes de détections en toxicologie se sont affinées, les milieux "avertis" en sont conscients, pour ne pas être inculpé il vaut mieux éviter cette méthode.

Frédéric Potecher chroniqueur judiciaire, avait fait apparaître que l'empoisonnement criminel était l'apanage du monde rural. Dans la quasi-totalité des cas il existait des liens de parenté entre l'assassin et sa victime. Enfin dans les 2/3 des cas l'assassin était une femme.

LES DISPOSITIONS LÉGALES:

-L'article 301 du code pénal définit l'empoisonnement:

"est qualifié d'empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne, par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et qu'elles qu'en soient les suites"

-L'article 62 prévoit la non-dénonciation de crimes tentés ou consommés:

"sera puni d'emprisonnement de un mois à trois ans et d'une amende de 360 à 15000 francs, 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 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." (13)

-L'article 317 prévoit également le cas de figure d'une intoxication dans un but abortif.

Le médecin placé devant une telle situation est exposé:

-aux peines prévues par le code pénal s'il soupçonne l'intoxication sans la divulguer aux autorités.

-à une attaque en diffamation si la dénonciation a lieu, et si la preuve de l'intoxication n'est pas faite.

La preuve d'une intoxication par le médecin de famille plus ou moins dénué de moyens paracliniques, est quasi- impossible.

En réalité la dénonciation d'un empoisonnement pour ouvrir une enquête est très délicate.

En pratique, il est plus facile de faire admettre au malade et à la famille, qu'une hospitalisation est nécessaire. C'est au médecin d'avertir le chef de service qu'un empoisonnement est possible, ainsi tous les examens complémentaires et notamment biologiques seront réalisés pour aboutir au diagnostic. C'est sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques rigoureux que l'accusation pourra être portée.

4-6 RESPONSABILITE MEDICALE LORS D'UN ACCIDENT TOXIQUE MAJEUR EN MILIEU INDUSTRIEL

Nous allons voir brièvement les informations que doit recueillir le médecin du travail dans la prévention du risque toxique majeur, défini par un nombre de victime supérieur à 25.

4-6-1 PREVENTION DU RISQUE TOXIQUE MAJEUR

Cette démarche préventive amène le médecin à réfléchir sur trois axes:

- le recensement des facteurs de risques
- l'information
- l'organisation des secours

-le recensement des facteurs de risques:

Il faut s'attacher à définir tous les facteurs de risques susceptibles d'entraîner un grand nombre de victimes, aussi bien parmi les travailleurs que parmi la population environnante.

Le premier risque à envisager est bien sûr la connaissance des techniques et des produits utilisés dans l'entreprise. Ces données doivent être fournies par la direction de l'entreprise.

Il faut déterminer également le risque d'erreurs humaines possibles dans les étapes de la fabrication du produit.

Cela fait appel à de nombreux paramètres dans lesquels viennent s'insérer la conception des postes de travail, les rythmes et horaires de travail. Il ne faut pas non plus oublier l'absorption éventuelle d'alcool ou de stupéfiant pouvant être pris sur les lieux diminuant les capacités à la tâche.

Pour étoffer ce dossier des risques potentiels à telle ou telle industrie, la direction doit réglementairement fournir au médecin du travail, les données techniques de fabrication, la nature et la composition des produits utilisés. Elle doit fournir également, les aménagements nouveaux, les modifications apportées aux équipements.

Il ne faut pas non plus négliger les données recueillies par les salariés au cours des entretiens médicaux sur les conditions de travail.

La visite des ateliers est bien sur indispensable.

-l'information

En premier lieu il s'agit d'une information dispensée auprès des employés.

Elle met l'accent sur les risques toxicologiques spécifiques à l'industrie, les problèmes de consommation d'alcool, et les comportements toxicomaniaques.

Ainsi le médecin diffusera des consignes de sécurité, voire une formation à la sécurité.

Il faut également s'adresser aux responsables de l'entreprise, pour développer l'ergonomie et la conception des postes de travail, assurant ainsi une meilleure sécurité dans l'élaboration du produit.

L'information doit aussi s'adresser :

-aux confrères généralistes, spécialistes, hospitaliers sur les risques que l'on peut rencontrer lors d'un accident toxicologique majeur.

-à la population environnante par la tenue de réunions et la diffusion d'informations.

-L'organisation des secours

Le médecin du travail est légalement responsable de l'organisation des secours dans son entreprise (art R 241-39 et R 241-40 du code du travail).

Il doit "réunir tous les moyens à mettre en oeuvre en fonction des risques susceptibles de se réaliser du fait des matières utilisées et des opérations effectuées".

Pour ce faire le médecin du travail devra:

-établir un plan d'intervention exact en cas d'accident. Document qui devra être affiché dans tous les postes de travail. Ce document devra comporter:

- .les consignes d'alerte
- . le plan d'évacuation d'urgence des locaux de travail et les précisions sur l'emplacement des moyens de secours.
- .Précautions à prendre pour éviter la survenue d'autres accidents.
- .consignes de premiers soins à donner aux victimes
- .coordonnées et personnes à prévenir d'urgence.

-Prévoir le matériel de sauvetage et de secours nécessaire pour répondre à l'urgence.

4-6-2 PARTENAIRES UTILES DANS LA PREVENTION

Cette organisation et la préparation des secours doit se faire avec l'aide:

-des spécialistes du centre anti-poison le plus proche pour déterminer le type de soins le plus adapté en fonction des toxiques, et le matériel de soin, leur lieu de stockage et la quantité.

-concerter les médecins du SAMU pour établir une fiche des risques spécifiques à l'entreprise, les conduites à tenir, les critères de tri des victimes, les lieux potentiels d'évacuation en fonction de la gravité de l'atteinte.

-informer les médecins praticiens spécialistes et généralistes qui seraient susceptibles de prendre en charge des intoxiqués "bénins". Cette information devra comporter les modalités de surveillance ainsi que l'éventuel traitement spécifique.

Pour conclure ce chapitre de responsabilité du médecin du travail dans les accidents toxiques il est important de mettre l'accent sur le rôle préventif de celui-ci. Dans la carrière professionnelle d'un médecin il y a très peu de chance pour qu'un tel accident ne se produise, et c'est justement parce que cette probabilité est faible qu'il faut mettre au point toute la conduite à tenir en cas d'urgence. C'est une situation à laquelle personne n'est vraiment préparé, et le bon déroulement des secours doit limiter au maximum le nombre de victimes.

Sur le plan légal c'est une lourde responsabilité que doit endosser le médecin du travail, car il faut veiller sur la sécurité de dizaines voire centaines d'employés ainsi que sur celle de la population environnante.

4-6-3 INCENDIE D'UN ENTREPOT DE NITRATE D'AMONIUM A NANTES

Le 29 octobre 1987, un entrepot de nitrate d'amonium dans la zone portuaire de Nantes prend feu. Un nuage toxique s'en échappe obligeant ainsi les autorités locales à mettre en place le plan ORSEC, et d'évacuer une partie de la population sur des zones non contaminées.

Dans cette affaire il n'y eut pas de personnes atteintes, ni à priori de pollution environnante, le nuage se dissipant vers la mer.

Les résultats de l'enquête montraient que l'entreprise était en faute quant à la non-déclaration de stockage de produits inflammables (engrais ternaires).

D'autre part il semble qu'il y ait eu des manquements graves aux consignes élémentaires de sécurité, notamment en matière de prévention et de formation spécialisée des personnels.

A aucun moment la responsabilité d'un médecin ne fut engagé dans cette affaire, mais plutôt celle de l'employeur pour négligence.

Pourtant nous l'avons vu l'article R 241-39 et R 241-40 prévoit l'organisation des secours, leur prévention, et donc la connaissance du risque toxique.

Un décalage entre la législation et la pratique courante est une fois de plus à noter, l'employeur se doit d'informer le médecin des risques possibles afin que celui-ci puisse prendre les dispositions nécessaires.

5- CONCLUSION

La responsabilité et ses conséquences légales représentent un aspect important dans la profession du médecin.

Le but de ce travail était de démontrer dans les pathologies toxicologiques en urgence, que la responsabilité avait une place importante.

La responsabilité du médecin est engagée dès sa prescription. Cette dernière peut conduire à des situations d'urgences, voire même être une urgence, nous l'avons vu avec les toxicomanies. Elle doit donc être murement réfléchie, car les conséquences qu'elle peut entraîner sont parfois dramatiques. Les psychotropes peuvent être utilisés dans un but suicidaire, ou détournés de leur usage dans les toxicomanies. Les stupéfiants font l'objet de demande expresse de la part de toxicomanes.

L'usage de ces substances, dont les pouvoirs publics ont limités depuis peu la prescription, doit être recommandé avec parcimonie, bienveillance, parfois méfiance de la part du prescripteur.

Ce problème prend de nos jours une ampleur importante, la bonne connaissance des psychotropes par le toxicomane nous oblige à une information continue, quant aux substances utilisées. (5)

Si des dispositions pénales sont prévues pour le non-respect dans la prescription de ces médicaments, il n'en reste pas moins que le médecin à la responsabilité morale d'aider son patient pour aboutir à une solution thérapeutique bénéfique et non devenir un fournisseur de produits toxiques.

L'alcoolisme soulève à lui seul de nombreux problèmes.

Il existe à l'évidence une certaine complaisance face à cette intoxication. Il est vrai que la France est un pays de tradition vinicole, que l'absorption d'alcool est considérée comme un rite d'initiation sociale commun à de nombreux milieux aussi divers soient-ils. La toxicomanie est considérée comme un "fléau détruisant la jeunesse" dans les esprits, et comme une maladie par les pouvoirs publics, par contre l'alcoolisme est considéré comme une coutume. Il est difficile de combattre les coutumes, pourtant l'alcoolisme est une entité pathologique avec une morbidité et mortalité importantes.

La prise en charge d'un patient ivre commence donc le plus souvent par le certificat de non-hospitalisation réclamé par les forces de l'ordre. Celui-ci ayant pour but de dégager complètement la responsabilité de ces dernières en cas de problème en salle de dégrisement. Situation absurde où l'on demande à un médecin de donner un pronostic chez un malade souvent inconnu, difficilement examinable.

Pourtant le ministère de la santé en 1973 avait émis l'hypothèse de créer un secteur au sein de l'hôpital où ces patients auraient pu bénéficier d'une surveillance médicale et d'une prise en charge ultérieure, élément important d'une lutte contre l'alcoolisme.

Malheureusement ce même ministère en 1975 reviendra sur ces positions, perpétuant la présence des chambres de dégrisement dans les postes de police.

Une des particularités dans les urgences, et notamment dans les services d'accueil, est la présence de patients non-demandeurs de soins amenés par les pompiers, ambulance, fonctionnaires de police voire d'eux-mêmes. Si un avis médical leur convient tout à fait, les choses se compliquent lors d'une décision d'hospitalisation. Ces situations sont fréquentes, et il n'est pas rare qu'elles donnent lieu à des réactions agressives (alcoolisme, toxicomanie).

La décision à prendre dépend de deux facteurs, la sécurité du malade, la responsabilité du médecin. Si la première ne fait aucun doute la deuxième se pose en ces termes: On ne peut obliger un malade à se faire soigner. Malgré tout ce refus comme nous l'avons vu doit être éclairé. Devant une intoxication alcoolique ou une toxicomanie, les capacités de

discernement du sujet ne lui permettent pas de prendre pleinement conscience de son état.

Le maintien malgré lui en hospitalisation est légalement possible.

Bien des situations limites qui sortent du cadre de la loi se présenteront, elles requièrent toute l'expérience et la sagesse du médecin pour prendre sa décision.

L'erreur diagnostique est plus ou moins évidente, et il existe des disciplines plus ou moins démonstratives aux yeux de la population. La toxicologie est une matière complexe dans l'approche diagnostique et thérapeutique. C'est pourquoi les poursuites contre des médecins dans ce domaine ne sont pas fréquentes.

Néanmoins il existe une responsabilité morale de chaque médecin qui l'oblige à donner à son malade, par tous les moyens qui lui sont disponibles, les soins les plus adaptés.

Pour ce faire, et comme nous le rappellent les règles d'exercice avec l'obligation de moyen, certains eccueils diagnostics sont à éviter, et certaines démarches sont à respecter.

La sécurité du malade est maximum, on se trouve en accord avec l'obligation de moyen.

De même décider de la surveillance d'un malade peut amener la discussion sur un plan médico-légal notamment dans les cas limites où un malade intoxiqué, sans signes cliniques patents peut poser problème. L'identification du toxique en cause peut apporter la réponse, mais une surveillance même brève est le plus souvent préférable.

Dans l'alcoolisme et les toxicomanies nous sommes amenés à prendre des décisions devant des patients fugeurs. La responsabilité de l'établissement hospitalier est engagé et se pose en ces termes: absence de surveillance et la sortie du malade auront-elles des conséquences nuisibles pour le patient ou autrui ? Des connaissances pratiques administratives doivent être connues du médecin même s'il n'agit pas directement. (18)

Le secret médical véritable "monument" incontournable dans les règles d'exercice du médecin doit être envisagé dans ces pathologies.

Il existe en effet deux dérogations obligatoires au secret professionnel, la déclaration d'un sujet ayant fait usage de stupéfiants aux autorités sanitaires, ainsi que pour les alcooliques dangereux.

Attention , seule les autorités sanitaires doivent en être averties. En aucun cas cette obligation ne doit déroger au secret à l'encontre d'autres personnes pourtant désireuses de renseignements, la famille, l'employeur.

Parfois la responsabilité du médecin l'oblige à prendre des décisions contraires aux souhaits du malade, pour sa protection. C'est le cas dans les tentatives de suicide ou l'hospitalisation sur la demande d'un tiers dans un secteur psychiatrique est nécessaire.

La récente loi de 1990 en a changé quelque peu les modalités, sa connaissance en toxicologie d'urgence est indispensable.

Parfois des constatations cliniques débouchent sur des conclusions d'ordre criminel. C'est le cas dans les empoisonnements. Le code pénal a prévu des articles concernant ce cas de figure. L'article 301 définit l'empoisonnement, mais plus proche du médecin l'article 62 prévoit la non-dénonciation de crimes tentés ou consommés.

Nous avons vu que de telles accusations ne peuvent être fondées sur de simples constatations cliniques. Un bilan hospitalier complet doit étayer le dossier, pour avoir son rôle dans l'accusation.

A l'issue de cette étude nous constatons qu'aussi bien la responsabilité médicale que la toxicologie d'urgence font partie des préoccupations actuelles.

En raison d'une meilleure connaissance de la médecine par le public, le praticien actuel se doit d'être de plus en plus performant, très averti de l'évolution scientifique et ce afin de réduire au minimum sa marge d'erreur diagnostique.

La toxicologie, est au coeur de problèmes sociaux croissants. Le suicide, avec l'absorption de médicaments tue 10000 personnes en France par an. L'alcoolisme reste un vieux fléau qu'il faut combattre. Les toxicomanies qui touchent des populations de plus en plus jeunes évoluent par le raffinement dans le choix des substances.

Si l'exercice de la médecine en France n'est pas menacé par de constantes poursuites judiciaires comme cela est le cas dans certains pays, il n'en reste pas moins que le médecin doit connaître les règles de son exercice, sa responsabilité régie par des lois, car nul n'est censé l'ignorer, ainsi qu'une bonne connaissance de sa discipline lui garantissant alors une certaine sérénité.

Cette obligation de moyen jusque-là nécessaire mais suffisante à notre exercice, fut rappelée par un arrêt de la cour de cassation du 28 juin 1989. Elle ne concernait pas un problème de toxicologie d'urgence. Si cette règle a du être rappelée pour casser un jugement, il est logique de penser qu'elle fut mise en cause. (2)

Mais dans la perspective européenne d'uniformisation entre les états, le droit médical français risque d'être modifié. (6)

C'est ainsi qu'en décembre 1990 la commission des communautés adoptait une réforme en matière de responsabilité, concernant notamment l'aspect thérapeutique. (4)

Le médecin était présumé coupable en cas de dommage causé à la santé ou à l'intégrité des malades. Le médecin aurait du prouver qu'il n'y avait pas faute pour dégager sa responsabilité. Le système actuel obligeant le malade à faire la preuve de la faute.

Ce projet fut écarté après avoir subi de vives critiques de la part du comité des médecins permanents européens.

Ils y voyaient une directive conduisant à une médecine défensive, risquant de priver les malades des progrès médicaux.

La responsabilité médicale repose sur la notion de faute, fondée sur une jurisprudence dont les grandes lignes sont communes aux douze états membres.

Si rien n'a encore été modifié, il est vraisemblable que les décennies à venir voient des adaptations dans le droit médical.

Il n'est pas question de créer une "psychose" autour de l'acte médical. Adapter son exercice pour "éviter les ennuis" aboutirait certainement à une dégradation de son évolution.

Il est encore possible de pratiquer une médecine sereine, dans laquelle l'intérêt du malade est primordial, respectant alors naturellement les grands principes de la responsabilité médicale.

BIBLIOGRAPHIE

1-ALMERAS.J.P

L'hospitalisation des malades mentaux
Le Concours Médical 22.09.90 p 2595 à 2597

2-ALMERAS.J.P

La responsabilité médicale une menace
Le Concours médical 13.10.90 113-31 p 2875 à 2876

3-ALMERAS.J.P

L'obligation de moyen du médecin
Le Concours médical 01.12.90 p 3491 à 3492

4-ALMERAS.J.P

La Responsabilité médicale et le dommage anormal
Le Concours médical 06-07-1991 113-24 p2155 à 2157

5-BAUD. F

Drogues: intoxications aiguës et chroniques principes
du traitement d'urgence.
Rev. Prat. (Paris), 1991, 41, 15

6-CHABRUN-ROBERT. C

Responsabilité médicale et europe.
Le Concours médical 06.07.91 p 2158 à 2160

7-CHEMTOB. A

Thérapeutique pratique
Edition MED-LINE 1991

8-CORDIER B

Le médecin bon samaritain: à propos de l'article 63 du
code pénal.
Gazette Médicale tome 97 1990 p 13 à 14

9-DEROBERT. L

Eléments de médecine légale
Edition médicale et universitaire 1978 p 9 à 23

10-DUCARIN. J

Drogues et médicaments détournés de leur usage.

Rev. Prat. (Paris), 1991, 451, 15 p 1403 à 1409

11-EFTHYMIU. M.L
Conduite à tenir devant une intoxication
Ed Flammarion 1972

12-FOURNIER. E
Eléments de médecine légale
Flammarion Sciences Médecine 1980

13-FOURNIER. E CHABAUX. C FOURNIER. L CIRRE. C
Médecine légale et toxicologie
Ed Heures de France Novembre 1984.

14-FOURNIER. E
Guide pratique des intoxications
Ed Heures de France 1977

15-CHERARDI. R BENAIS. J.P
Le secret médical
Rev. Prat. (Paris) 1991,41,22 p2223 à 2237

16-HUSSON R
Rapport du conseil médical pour l'exercice 1991
Le Concours Médical 19-09-1992 114-28 p 2391 à 2393

17-MEMETEAU C
Jurisprudence française
Mars 1985

18-MEMETEAU C
Droit médical
Edition Editec 1986

19-MEYNIEL.D CONCE.E COCHETON.J.J
Responsabilité juridique de l'interne de garde à
l'assistance publique
Réan. Soins Intens. Urg. 1991,7,N°5, p297 à 300

20-MULLER. P
Garde à vue et certificat médical
Le Concours médical 18.02.89 p555 à 556

21-ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ORDRE DES MÉDECINS
Travaux de la commission nationale permanente
28 mai 1988 p4 à 11

22-PICARD. J
Responsabilité professionnelle et réforme du droit
pénal.
Concours médical 28.11.1992-114-37 p3435

23-PIVA. C
La responsabilité médicale pénale, civile,
administrative et disciplinaire.
Rev. Prat. (Paris), 1991,41,18 p1717 à 1722

24-ROCHE.L DO. J.P DALICAND. L
Médecine légale
Ed Masson 1982 p53 à 71

25-ROUJAS. F SORKINE. M
Intoxications aiguës
Ed Masson novembre 1989

26-TEMPO MÉDICAL
260 urgences
Tempo médical SEDES éditeur 1987

TABLE DES MATIERES

PLAN.....	4
1-INTRODUCTION.....	6
2-ELEMENTS DE RESPONSABILITE MEDICALE	
2-1 INTRODUCTION.....	10
2-2 RESPONSABILITE PENALE.....	10
2-3 RESPONSABILITE CIVILE.....	13
2-3-1 LE CONTRAT DE SOINS.....	13
2-3-2 LE CONSENTEMENT.....	14
2-4 RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE.....	15
2-5 RESPONSABILITE MORALE.....	15
2-6 APPRECIATION DE LA FAUTE MEDICALE.....	17
3-ELEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES D'INTOXICATIONS FREQUENTES EN URGENCE	
3-1 ALCOOLISME.....	19
3-1-1 DEFINITION, EPIDEMIOLOGIE.....	19
3-1-2 CLINIQUE.....	20
3-1-3 CONDUITE A TENIR.....	22
3-2 INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES.....	23

3-2-1	SUBSTANCES LES PLUS SOUVENT EN CAUSE.....	23
3-2-2	CONDUITE A TENIR.....	28
3-3	INTOXICATIONS DOMESTIQUES.....	30
3-3-1	SITUATIONS PATHOLOGIQUES POSSIBLES.....	30
3-3-2	ORIENTATIONS DIACNOSTIQUES.....	31
3-3-3	CAS PARTICULIER DE L'INTOXICATION AU CO.....	36
3-4	TOXICOMANIES	
3-4-1	RAPPEL DES SUBSTANCES SELON LEURS MODIFICATIONS SUR LE COMPORTEMENT.....	37
3-4-2	MEDICAMENTS UTILISES PAR LES TOXICOMANES OU SUSCEPTIBLES DE L'ETRE.....	39
3-4-3	MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES PROPRES AUX TOXICOMANIES.....	41
4-	RESPONSABILITE MEDICALE EN TOXICOLOGIE D'URGENCE	
4-1	LA PRESCRIPTION.....	43
4-1-1	PLAINTES POUR PRESCRIPTION INADAPTE DE PSYCHOTROPES.....	43
4-1-2	ASPECT MEDICO-LEGAL DE LA PRESCRIPTION..	44
4-1-3	PRESCRIPTION ET TOXICOMANIES.....	47
4-1-4	INCUPLATION POUR PRESCRIPTION DE STUPEFIANTS.....	49
4-1-5	ENTRETIEN AVEC UN TOXICOMANE.....	51
4-2	PRISE EN CHARGE D'UN MALADE INTOXIQUE	
4-2-1	CERTIFICAT DE NON HOSPITALISATION.....	54
4-2-2	REFUS D'HOSPITALISATION.....	58

4-2-3 LA DECHARGE.....	60
4-2-4 DIAGNOSTIC: RESPONSABILITE ET ERREURS	
-ALCOOLISME.....	61
-INTOXICATIONS DOMESTIQUES.....	63
-CAS PARTICULIER DE L'INTOXICATION AU CO.	64
-RESPONSABILITE ET CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE.....	67
4-3 SURVEILLANCE D'UN MALADE INTOXIQUE	
4-3-1 OPPORTUNITE DE LA SURVEILLANCE MEDICALE.	70
4-3-2 LA FUGUE.....	72
4-3-3 SURVEILLANCE PSYCHIATRIQUE.....	73
4-4 LA SECRET MEDICAL.....	78
4-5 EMPOISONNEMENTS CRIMINELS.....	80
4-6 RESPONSABILITE MEDICALE LORS D'UN ACCIDENT TOXIQUE MAJEUR EN MILIEU INDUSTRIEL	
4-6-1 PREVENTION DU RISQUE TOXIQUE MAJEUR.....	82
4-6-2 PARTENAIRES UTILES DE CETTE PREVENTION..	84
4-6-3 INCENDIE D'UN ENTREPOT DE NITRATE D'AMONIUM A NANTES.....	85
5-CONCLUSION.....	87
BIBLIOCRAPHIE.....	93
TABLE DES MATIERES.....	96

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° 93

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

La toxicologie, notamment dans le cadre de l'urgence est une discipline où la *responsabilité médicale* revêt des aspects particuliers.

Le médecin est responsable dès sa prescription. Les règles concernant cette dernière sont particulièrement vraies en ce qui concerne les psychotropes et stupéfiants.

La *prise en charge* d'un malade intoxiqué, ainsi que sa *surveillance*, doivent observer un certain nombre de règles pour qu'aucune faute ne soit commise.

Enfin, *le secret médical*, la révélation aux autorités d'empoisonnements criminels ainsi que le rôle du médecin du travail dans les accidents toxiques majeurs, obligent à une réflexion médico-légale.

La liberté d'exercice de la médecine en France n'est pas menacée par de trop nombreuses procédures judiciaires.

L'évolution scientifique, couplée à une meilleure connaissance par le public de la médecine, oblige le praticien à bien connaître sa discipline scientifique ainsi que le cadre légal de son exercice: conditions nécessaires pour la pratique d'une médecine sereine.

MOTS CLEFS

-RESPONSABILITÉ

-TOXICOLOGIE

-URGENCE