

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010

THESE N° ...

QUELLES RESPONSABILITES POUR LE MEDECIN URGENTISTE ?

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Novembre 2010

Par

Mr Paul DESVILLES

Né le 28 Avril 1981, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

**Mr. le Professeur PIVA
Mr. le Professeur BEAULIEU
Mr. le Professeur BONNETBLANC
Mr. le Docteur MAGRET
Mme. le Docteur MARTIN-DUPONT
Mr. le Docteur DANET**

**Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité
Membre invité**

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS: Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:
(C.S = Chef de Service)

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (Sur 31/08/2013)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL

DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel (Surnombre 31/08/2010)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
VERGNENEGRE Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE- PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE

VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)
BOURTHOUMIEU Sylvie
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Hélène
DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE Françoise
FUNALOT Benoît
HANTZ Sébastien
LAROCHE Marie-Laure
LE GUYADER Alexandre

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PHYSIOLOGIE
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ANATOMIE – CHIRURGIE DIGESTIVE
BIOLOGIE CELLULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PHARMACOLOGIE CLINIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
VASCULAIRE
BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE – HYGIENE
HOSPITALIERE
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE
THERAPEUTIQUE
PHYSIOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

MOUNIER Marcelle

PICARD Nicolas
QUELVEN-BERTIN Isabelle
TERRO Faraj
VERGNE-SALLE Pascale
VINCENT François
WEINBRECK Nicolas

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel
BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GÉNÉRALE
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie
PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur émérite Claude PIVA

Professeurs des universités
Praticien Hospitalier
Médecin Légiste

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ma thèse. Veuillez trouver, ici, l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre BEAULIEU

Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Professeur des universités
Praticien Hospitalier
Et

A Monsieur le Professeur Jean-Marie BONNETBLANC

Dermatologie
Praticien Hospitalier

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver, ici, l'expression des mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Bernard MAGRET

Praticien Hospitalier
Médecin Légiste

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse. Vous m'avez accordé votre temps précieux et vos conseils judicieux. Votre disponibilité a été sans égal. Merci d'avoir été le Maître auquel j'aspirais. Votre enseignement n'aura pas été vain : vous aurez su m'insuffler certaines idées et points de vue utiles pour mon futur. Il est dommage que ce travail touche à sa fin. Recevez, ici, l'expression des mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Sophie MARTIN-DUPONT

Praticien Hospitalier
Médecin Légiste

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver, ici, l'expression de mes sincères remerciements. (et qui sait, peut être nous croiserons nous à Périgueux)

A Monsieur le Docteur François DANET

Psychiatre
Médecin Légiste
Chercheur en psychologie de la santé de l'Université de Lyon

Merci d'avoir traversé la France pour venir juger mon travail. Je dois admettre que vos articles m'ont beaucoup aidé dans ma réflexion sur le métier de médecin urgentiste (même si quelques idées sont dures à admettre...). Veuillez trouver, ici, l'expression de mes sincères remerciements.

Merci à tous ceux qui ont marqué mon parcours d'étudiant :

Toute l'équipe des urgences et du SAMU de Guéret : mes premiers pas d'internes, les premières gardes, les apéro à l'entrepôt...vous faites partie de ma vie à jamais (ça y fait !!)

Au Docteur Bessede et sa femme, à la cardio et l'USIC avec qui j'ai passé 6 mois merveilleux (et spécialement à Zezette, Maud, Nadine, Céline, Caro, La grande paquerette, Francine, Chichi, Pascal...)

Au Dr Moret et toute l'équipe formidable (et festive) de réanimation de Guéret (remonter mon Lapin !! et le canon à NUTRISON !!!!) : équipe médicale disponible et conseils avisés, j'ai notamment pu mettre en pratique de nombreux gestes, et tout ça dans la bonne humeur.

A Pascale Capdevielle pour ton punch et ton dynamisme (et ta patientelle en OR !!!),

A Jean-François Pons pour votre gentillesse vos précieux conseils et mes premières soudures...

A toute l'équipe paramédicale de l'HME pour leur accueil, aux médecins pour leur disponibilité et leur gentillesse....en bref des supers conditions de boulot et 6 mois qui auront défilé à toute vitesse.

Et les potes bien entendu :

A Ratou, Newo, Patal, God et tous les autres : ces années d'internat à St Jean resteront un souvenir immuable...et le plaisir de vous revoir est inchangé.

A Bac, Dindon et Tom : toutes ces rigolades, les séjours à port Grimaud (en mocassin-tongue) et tout le reste.... Merci pour tous ces moments, et même si "cointreau" n'en faut, j'attends les autres avec impatience !!

A toute la team d'épiciers sans qui nos études (et surtout les soirées et la corpofoot) n'auraient pas été les mêmes : Armand, Nico, Bobo, Loulou, Arno, Oliv', Nath, Dédel....sans oublier Nono et Xav'.....Et bravo aux nouvelles mamans (Faustine et Nath) et aux papas bien sur (Armand et Bobo)

A la team Guéret : Arnaud, Jey, Cidou, Blandine, Cécile et consorts....pour ces soirées d'internats en passant, pour les innombrables parties de UNO, pour votre amitié : merci.

Et enfin, (et surtout) :

Tout d'abord Gaëlle : qui aurait pu croire à une rencontre en Creuse !!!! (Et oui, le bonheur est bien dans le pré). A ces belles années que tu m'as données et à cette nouvelle vie qui s'offre à nous. Merci pour tout le bonheur dont tu me combles mais aussi pour toutes les merveilles à venir.

TEAM 1 forever.

Ensuite, mes parents, Pascale et Pierre, sans qui, je n'en serais certainement pas là. Merci pour votre patience et votre abnégation. Merci pour votre amour et votre éducation. Est-il utile de rappeler que vous avez toute ma gratitude et mon admiration.

A ma fratrie, Justine, Louis et Guillaume : si tout était à refaire je demanderais les mêmes...Merci a vous trois, pour tout.

Et enfin tous les autres : mes grands parents maternels, ma grand-mère paternelle (et une pensée pour mon défunt grand-père), mes oncles et tantes, marraine, parrain, cousins et tous les autres. A tous, merci.

Et, à tous ceux que j'ai oubliés. Pardon. Et merci.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, un petit texte que j'aime beaucoup : écrit en 1692, il a traversé les années sans prendre une ride....

DESIRS

Allez tranquillement parmi le vacarme et la hâte, et souvenez-vous de la paix qui peut exister dans le silence. Sans aliénation, vivez autant que possible en bons termes avec toutes personnes. Dites doucement et clairement votre vérité ; et écoutez les autres, même le simple d'esprit et l'ignorant ; ils ont eu aussi leur histoire. Evitez les individus bruyants et agressifs, ils sont une vexation pour l'esprit. Ne vous comparez avec personne : vous risqueriez de devenir vain ou vaniteux. Il y a toujours plus grands et plus petits que vous. Jouissez de vos projets aussi bien que de vos accomplissements. Soyez toujours intéressées à votre carrière, si modeste soit-elle ; c'est une véritable possession dans les prospérités changeantes du temps. Soyez prudents dans vos affaires ; car le monde est plein de fourberies. Mais ne soyez pas aveugle en ce qui concerne la vertu qui existe ; plusieurs individus recherchent les grands idéaux ; et partout la vie est remplie d'héroïsme. Soyez vous-même. Surtout n'affectez pas l'amitié. Non plus ne soyez cynique en amour, car il est en face de toute stérilité et de tout désenchantement aussi éternel que l'herbe. Prenez avec bonté le conseil des années, en renonçant avec grâce à votre jeunesse. Fortifiez une puissance d'esprit pour vous protéger en cas de malheur soudain. Mais ne vous chagrinez pas avec vos chimères. De nombreuses peurs naissent de la fatigue et de la solitude. Au-delà d'une discipline saine, soyez doux avec vous-même. Vous êtes un enfant de l'univers, pas moins que les arbres et les étoiles ; vous avez le droit d'être ici. Et qu'il vous soit clair ou non, l'univers se déroule sans doute comme il le devrait. Soyez en paix avec Dieu, quelle que soit votre conception de lui, et quels que soient vos travaux et vos rêves, gardez dans le désarroi bruyant de la vie, la paix dans votre âme. Avec toutes ses perfidies, ses besognes fastidieuses et ses rêves brisés, le monde est pourtant beau. Prenez attention. Tâchez d'être heureux.

Trouvé dans une vieille église de Baltimore en 1692. Auteur inconnu.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	14
EVOLUTION DE LA MEDECINE D'URGENCE	18
Historique des Urgences	18
Historique des SAMU	22
Historique des autres moyens et partenaires des secours d'urgence	24
Historique de la professionnalisation de la Médecine de l'urgence	25
Formation à l'urgence des Médecins Généralistes	27
Quel est son cadre de travail ?	28
Les services d'urgence	29
Le SAMU-SMUR	30
La spécificité de la Médecine d'urgence	31
L'évolution technocratique	32
TEXTES LEGISLATIFS RELATIFS A LA MEDECINE D'URGENCE	34
Le code de déontologie	34
Lois - Décrets - Circulaires	35
Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986	35

Loi n° 87-1005 du 16 décembre 1987	39
Décret n°95-647 du 9 mai 1995	44
Décret n°95-648 du 9 mai 1995	49
Décret n°97-616 du 30 mai 1997	53
Décret n°97-620 du 30 mai 1997	55
Décret n°98-899 du 9 octobre 1998	57
Décret n°02-465 du 5 avril 2002	61
Décret n°06-576 du 22 mai 2006	65
Décret n°10-656 du 11 juin 2010	76
Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010.....	79
Circulaire n°2007-65 du 13 février 2007	84
Circulaire n°2007-108 du 22 mars 2007	84

RESPONSABILITE MEDICALE.....85

Responsabilité Pénale.....86

La violation du secret professionnel	86
Non assistance à personne en danger.....	87
Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne	88
Les faux certificats.....	89
La mise en danger d'autrui.....	90
Le secret des correspondances.....	90

Responsabilité Civile.....91

Responsabilité Administrative.....92

Définition de la faute médicale en matière de responsabilité administrative.....	92
--	----

Responsabilité Disciplinaire	95
Tous les médecins	95
Devant l'administration des personnels médicaux.....	97
Aléa thérapeutique et infections nosocomiales : CRCI	98
Organisation des CRCI.....	98
Les missions des CRCI.....	99
Remarque : la responsabilité partagée	100
PRATIQUES QUOTIDIENNES	100
Le médecin généraliste appelé pour une urgence	101
Le médecin face à l'urgence, quelle que soit sa spécialité	102
Régulation Médicale	103
Les acteurs de la régulation médicale.....	104
Risques médico-légaux de la régulation médicale.....	105
En pratique	106
Le médecin en SMUR	106
Le médecin dans le service des urgences	108
Chaine de triage, file attente et notion de perte de chance	108
Surveillance, antalgie, contention	109
Personnes âgées	109
Pédiatrie	110
Certificats Médicaux	114

CNH (Certificat de Non Hospitalisation)	115
Certificat Descriptif	116
Certificat d'HDT(Hospitalisation à la Demande d'un Tiers)	118
Certificat d'HO (Hospitalisation d'office)	121
Arrêt de Travail	123
Accident de Travail	123
Certificat de décès	124
Réquisition	126
Information du patient	126
Refus de soins	127
Refus de soins émanant du patient	128
Refus de soins émanant du médecin	128
EXEMPLES DE JURISPRUDENCE EN MEDECINE	
D'URGENCE	130
REFLEXION ET COMMENTAIRES	137
Urgentiste, urgence et responsabilité	137
Urgences et avenir	137
Urgentiste et formation	142
CONCLUSION	144
BIBLIOGRAPHIE	146

INTRODUCTION

"La façon de gagner du temps, ce n'est pas d'accélérer, mais d'être systématique." (Dr Dontigny)

Adage : "c'est urgent! Tout est urgent. Il n'y a pas d'urgence mais que des gens pressés"

De quel médecin parlons-nous ?

- du médecin hospitalier,
- du médecin salarié,
- du médecin libéral, notamment celui qui exerce la médecine générale ou la médecine libérale en clinique dans un service spécifique recevant les urgences,
- du médecin, toute spécialité confondue, susceptible d'être confronté à un moment donné de son existence à une urgence médicale?

En réalité de tout médecin qui peut un jour être confronté à une situation urgente, mais certes plus particulièrement de celui dont l'exercice quotidien est d'être appelé pour une urgence potentielle et/ou de prendre en charge et/ou de recevoir et traiter une urgence médicaleou médico-sociale.

De quelle urgence médicale parlons-nous ?

- de l'urgence ressentie,
- de l'urgence absolue, vitale qui compromet la survie, ou le devenir fonctionnel d'un ou de plusieurs individus en tout ou partie,
- de l'urgence médicosociale,
- autre?

En fait de toute urgence médicale mais le terme n'a pas toujours la même signification pour celui ou celle qui est atteint brutalement dans son intégrité physique et psychique, pour l'observateur ou le témoin, et selon le cas, pour le médecin.

Définitions du mot urgence (médicale) et du mot urgentiste :

- Petit Larousse :

Urgence : *"caractère de ce qui est urgent – nécessité d'agir vite immédiatement sans délai"*

Urgentiste : *"se dit d'un médecin qui s'occupe principalement des urgences"*

- Littré :

Urgence : *"Qualité de ce qui est urgent. Un cas d'urgence. L'urgence des circonstances. Urgence des affaires"*

- Dictionnaire pratique de droit médical (POULETTY TARDIEU LEGER Ed MASSON 1981) : *"Ensemble des interventions médicales ou chirurgicales et, plus généralement, des soins qui doivent être pratiqués dans les plus brefs délais. La notion d'urgence apparaît dès lors que l'état d'un patient ou d'un blessé nécessite, dans un court délai, l'administration de soins complexes relevant du domaine médical ou chirurgical.*

Première, deuxième, troisième urgence se dit pour définir approximativement le laps de temps qui peut s'écouler, sans que s'aggrave l'état du patient, avant l'application des soins qui lui sont indispensables :

- *la première urgence désigne les premières minutes qui suivent le début de l'accident nécessitant une intervention très rapide avec un personnel et un matériel très spécialisés, ainsi qu'une liaison hospitalière, publique, semi-publique, ou privée ;*
- *la deuxième urgence désigne ce qu'il faut faire dans les premières heures;*
- *la troisième urgence désigne ce qu'il faut effectuer dans les 24 heures.*

Il peut s'avérer nécessaire, dans certains cas, que le malade ou le blessé retrouve des conditions biologiques lui permettant de subir une intervention dans les meilleures conditions possibles. Cette distinction est théorique. En pratique, la solution peut être apportée valablement à condition que le demandeur soit questionné par un homme de l'art.

Depuis longtemps, il était évident que le médecin de garde, comme le médecin traitant était démuné face aux urgences extrêmes.

Les cas d'urgence sont très nombreux dans les hôpitaux, aussi chaque établissement hospitalier se doit-il de posséder les installations adéquates. On distingue trois sections dans les services d'urgence : l'accueil dès le triage, l'orientation des malades, la section des soins d'urgence. Des dispositions doivent toujours être prises pour que le malade ou le blessé soit reçu dans les meilleurs délais et pour lui assurer le traitement requis par son état. C'est pourquoi le service d'accueil doit être prêt 24 heures sur 24 à recevoir tous les malades conduits en urgence. C'est ce que rappelait le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, dans une circulaire du 20-4-1978. Pour répondre à ces impératifs, les services d'urgence doivent comporter des locaux de réception et de soins. Comme le déplacement du malade peut quelquefois s'avérer dangereux, il est indispensable que le service des urgences dispose d'un équipement radiologique mobile et qu'il soit situé à proximité immédiate d'un poste de transfusion sanguine de l'établissement. Selon leur importance respective, les services d'urgence constituent soit un service individualisé, soit une section d'un service de chirurgie, mais ils doivent toujours être pourvus d'un personnel infirmier stable. Ainsi, le service de garde médical doit-il être assuré simultanément par une équipe composée de trois praticiens de l'établissement : un médecin, un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur. Ces services d'urgence doivent être placés sous l'autorité d'un chef de service, ce dernier pouvant être un médecin, un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur. Si l'activité du service d'accueil des urgences est importante, le chef de service ne saurait avoir une autre activité dans un autre service. Le service d'accueil des urgences se doit d'être unique dans l'hôpital ou dans La ville (si celle-ci ne dépasse pas 300000 habitants) ; à cela deux raisons essentielles l'une d'ordre financier, étant donné qu'il s'agit là d'un service très onéreux, l'autre d'ordre pratique, dans une ville donnée un service d'accueil unique sera nécessairement mieux connu du public. L'intérêt de l'usager prime et plus l'urgence est grande moins il faut hésiter. C'est pourquoi le Secrétariat d'État aux P. et T. et le ministère de la Santé ont décidé d'un commun accord d'attribuer un numéro d'appel téléphonique unique pour les urgences médicales, valable sur l'ensemble du territoire. Il s'agit du 15. Ce numéro sera progressivement mis en place par département (SAMU S.m.u.r.)"

En fait pour l'usager, tout est urgence dès lors que son ressenti est un symptôme apparemment médical, angoissant pour lui ou pour le tiers qui l'observe, et qui lui paraît nécessiter une intervention médicale....urgente!

Pour l'utilisateur, non familiarisé avec la pathologie, il s'agit d'un ressenti que le médecin intervenant devra d'une part analyser selon sa propre qualification, puis retranscrire. Et pour le profane, et comme le médecin qui n'est pas un professionnel de l'urgence, son propre ressenti peut générer de nombreux quiproquos sinon confusions et malentendus, sources de conflits.

Que dire de l'égalité de l'accès aux soins médicaux urgents avec l'avènement d'une permanence des soins venue bousculer un maillage médical du territoire jusqu'à récemment assez performant sinon uniforme, laissant maintenant une frange de la population à la merci d'un retard de prise en charge pour une pathologie urgente.

L'histoire de l'évolution des urgences et de leur prise en charge, est assez symptomatique de ces malentendus. Il pouvait être espéré qu'elle aboutisse à une meilleure compréhension de l'attitude de nos concitoyens et des responsables, en matière de pathologie médicale véritablement urgente. Or le constat est le suivant : à vouloir tout segmenter par spécialité, l'évolution et les remèdes n'ont-ils pas été pires que le mal?

C'est ce que nous avons tenté d'analyser et de commenter avec l'évolution de la prise en charge des urgences médicales, de la spécificité des médecins urgentistes, médecins déroutés au possible au sein de l'hyperspécialisation de la médecine actuelle. Pour aboutir à un constat de la réalité quotidienne à un moment où les établissements de santé, publics et privés, subissent une mutation, sinon une restructuration plus économique que novatrice en ce domaine très particulier de la médecine.

Cette brusque réalité de l'urgence médicale, toujours imprévisible chez un individu, se doit pourtant d'être traitée au plus vite et de manière appropriée, dans un pays réputé (?) pour la qualité de sa médecine.

EVOLUTION DE LA MEDECINE D'URGENCE

Pour comprendre la situation actuelle, partons de la genèse de la médecine d'urgence, pour résumer l'histoire des hôpitaux jusqu'à nos jours, et des différents acteurs participant à la prise en charge des urgences médicales.

HISTORIQUE DES URGENCES (1)

Les premiers services d'urgence "modernes" ont été construits au début des années 1960 pour réguler l'accès à l'hôpital des patients qui arrivaient de manière inopinée et sans conditionnement médical satisfaisant dans les services hospitaliers (en particulier après un accident de la route ou un malaise cardiaque).

Pour comprendre la différence entre l'aspiration initiale des services d'urgences et la réalité de l'activité dont ils s'acquittent, il est au préalable nécessaire de reprendre l'organisation que l'hôpital avait conçue et que les services d'urgence sont venus en fait déstabiliser.

Jusqu'au XIX^e siècle, l'activité des établissements hospitaliers se caractérisait par une mission d'accueil au bénéfice des personnes indigentes. C'est ainsi que les premiers hôpitaux, les "*Hôtels -Dieux*" (l'Hôtel-Dieu de Lyon fondé en 549, et l'Hôtel-Dieu de Paris fondé en

651), offraient aux malades indigents, des soins et surtout une hospitalité empreinte de compassion.

Mille ans plus tard, en 1656, Louis XIV s'éloigne de cette logique compassionnelle : face à la montée en puissance de la précarité et de ses conséquences néfastes sur l'ordre social, il fonde dans les villes, de vastes lieux de mendicité qui prennent le nom "*d'hôpitaux généraux*". Ces établissements ont pour nouvelle vocation d'héberger les pauvres, les enfants abandonnés et les marginaux, davantage que les malades. Il s'agit d'ordre public et de "contrôle social".

Ce n'est que tardivement, au décours immédiat de la Révolution Française, que s'est développée la "*médecine clinique*". Ce mouvement a ouvert l'hôpital à la pathologie en tant que telle (2). Son activité d'hébergement se réduit progressivement : il devient pour l'essentiel un établissement de soins et de diagnostic médicalisé accueillant les malades, les blessés et les femmes enceintes. C'est dans cette dynamique de développement de la connaissance médicale qu'en 1892, la France exige que nul ne puisse exercer la médecine sans être muni d'un diplôme délivré par le gouvernement. Ce fut le début d'une réconciliation fondée sur le pacte suivant : les médecins se formaient en soignant les pauvres à l'hôpital, les couches sociales plus aisées bénéficiant de leurs compétences par la suite, dans une logique de retour sur investissement (3).

Pour se développer dans une alliance avec l'hôpital, les médecins ont dû s'acquitter de deux préalables :

- évacuer la dimension humaine et subjective de l'homme, en le transformant en une série d'objets (foie, rein, cœur, cerveau), ou de fonctions (grandir, accoucher, respirer, uriner)

- l'hôpital s'est vidé de tous ceux qui ne pouvaient être qualifiés de "patients", ce terme désignant les quatre catégories formées par les malades, blessés, femmes enceintes et fous, dont les contours devaient pouvoir être définis avec les nouveaux outils sémiologique, physiopathologique et étiopathogénique. Les personnes hébergées auparavant par les hôpitaux religieux et policiers se sont retrouvées en vacance d'institutions pour les accueillir.

Les écoles de médecine et les établissements hospitaliers légalisent leur vie commune en 1958 par la création des centres hospitaliers universitaires (CHU). L'explosion des connaissances et des outils médicaux a conduit à une segmentation des structures hospitalières et à une double division du travail : la première purement médicale, a vu sextupler le nombre de spécialités ces cinquante dernières années, et la seconde a vu

apparaître plus d'une centaine de métiers de la santé qui participent à la prise en charge des patients. Le développement des segments de la profession médicale, vulgarisés sous le vocable de spécialités médicales, est soutenu par une démarche scientifique consistant à transformer des plaintes – de patients profanes – en signes, regroupés dans un second temps en syndromes, eux-mêmes liés à une physiopathologie, qui trouve sa source dans une ou plusieurs étiologies, qu'il est possible de traiter par des outils spécifiques à la pathologie en cause. Cette subdivision en spécialités médicales exige d'une part des médecins hospitaliers qu'ils soient spécialistes, c'est-à-dire référencés à un organe (foie, rein, nerfs, os, peau, etc.) ou une fonction vitale (enfanter, marcher, grandir, dormir, etc.), et d'autre part des malades qui présentent une mono pathologie aisément classable selon la nosologie médicale.

Parallèlement à cette segmentation scientifiquement étayée, les gouvernements successifs se sont appuyés depuis 1982 sur l'idée que l'accroissement des dépenses de santé devait conduire à des réformes visant à restructurer et réduire l'offre hospitalière, en mettant en place des outils de gestion inspirés du management de l'entreprise, dont l'archétype est le "*programme de médicalisation des systèmes d'information*" (PMSI), qui permet de classer chaque patient dans un "*groupe homogène de malades*"(GHM). La classification en GHM s'inspire d'une nouvelle catégorisation en maladies, qualifiée de "*critériologique*", qui repose sur la prééminence d'un trouble unique auquel elle attribue un "*tarif*" en fonction de la moyenne des durées de séjour et de lourdeur des soins prodigués sur le territoire français. C'est en s'appuyant sur ce recueil de l'information du PMSI initié en 1986, que l'allocation de ressources aux établissements de soins s'est orientée dès 2004 vers une tarification à l'activité (T2A) (4).

C'est dans ce contexte d'évolution vers l'hyperspécialisation et de dynamique managériale de l'hôpital que la majorité des services d'urgence pré hospitalière et hospitalière a été créée ces trente dernières années. Ce pour réguler l'accès à l'hôpital des patients en fonction du caractère plus ou moins urgent de leurs problèmes, dont la prise en charge ne pouvait être ni réalisée par la médecine de ville et de proximité ni programmée par les services hospitaliers de spécialité.

Malheureusement, l'inflation des pathologies dites urgentes (en fait surtout ressenties urgentes par bon nombre de patients) conduit un nombre, chaque année plus important, "d'usagers de la médecine" à venir "consulter" dans les services d'urgence des hôpitaux de proximité à toute heure du jour et de la nuit déstabilisant une organisation précaire sinon insignifiante d'une

profession médicale et d'un encadrement administratif (pas uniquement hospitalier) qui n'ont pas su ou voulu envisager d'autres solutions radicales sinon alternatives. Face à un manque, chaque jour plus évident, de prise en charge avant les portes de l'hôpital, de pathologies mineures sinon de perturbations psycho-sociales, les urgences médicales au sens étymologique du terme (blessés, décompensations vitales d'affections aiguës ou chroniques etc..) côtoient en un même lieu et même temps (de plus en plus long), le plus souvent sans aucun cloisonnement au mépris de la dignité la plus élémentaire sinon respect de l'intimité, le SDF, le délinquant, le toxicomane, le violent (psychiatrique ou non), l'alcoolique, le "banal" traumatisé de l'index, les forces de l'Ordre, les sujets en état de précarité sociale, et un groupe de la population de plus en plus présent.... les personnes âgées, etc... Tout cela dans un concert cacophonique digne des champs de foire. Le plus violent, sinon le plus exigeant, arrive, parfois, à se hisser au rang de prioritaire.

Et l'évolution est telle que le bureau de la formation continue du personnel médical et paramédicale en arrive à organiser des stages de réponse à la violence ou de formation à l'agressivité verbale (qui n'est plus l'apanage du service des urgences mais aussi de la régulation au SAMU). Nous voilà bientôt, sinon revenus, à l'époque de Louis XIV où l'ordre "social" devra être rétabli. Mais par qui : l'Assurance Maladie ? La nouvelle gouvernance hospitalière ? L'ARS ?....

HISTORIQUE DES SAMU

Ce concept de déplacer la médecine hors de ces lieux de prédilection est très ancien puisque tout commence au VI^e siècle, lorsque l'empereur Mauricius créait un corps de cavaliers chargé du ramassage des blessés.

Ces prémices resteront longtemps sans suite : il faut attendre 1537 pour que le chirurgien Ambroise PARE constate que l'aide médicale urgente se réduit à une euthanasie sanglante.

En 1544, François 1^{er} créa le "*Grand Bureau des Pauvres*" chargé d'aller chercher à domicile les malades indigents et trop faibles pour se rendre à l'Hôtel-Dieu.

Ce n'est qu'en 1792 que le chirurgien Dominique LARREY mit en place le premier

système de soins urgents aux soldats blessés sur le champ de bataille : il a ainsi créé des "centres de soins" sur le terrain et le ramassage des victimes par des ambulances.

Ce concept sera repris secondairement lors de la 2^e guerre mondiale et durant la guerre de Corée par les USA. Le service de santé de l'armée américaine systématisa la mise en condition et le déchoquage des blessés sur le terrain avant l'évacuation sur l'arrière par des transports médicalisés.

En France, le 5 janvier 1949, le ministre chargé de la santé publie la 1^{ère} circulaire relative à l'organisation des secours d'urgence.

En mai 1956, à la suite d'une épidémie de poliomyélite à forme respiratoire, le Professeur CARA créa à l'hôpital Necker à Paris le 1^{er} service de transport inter-hospitalier des patients en insuffisance respiratoire grave vers un centre spécialisé (hôpital Bichat).

En septembre 1957, à Salon de Provence, le Professeur BOURRET donne naissance aux premiers transports primaires en envoyant un médecin directement sur les lieux de l'accident dans un véhicule spécialement équipé et en organisant la coordination des différents partenaires des secours : les pompiers, la police et l'hôpital.

Le ministère chargé de la santé, qui s'est intéressé de très près à ces deux expériences, publie le 27 juillet 1960 une circulaire autorisant la création expérimentale d'antennes de réanimation routières. Elle permet donc aux pionniers de la médecine d'urgence de sortir hors des murs de l'hôpital. Des essais concluants auront lieu à Nancy, Toulouse, Montpellier et Troyes. Ils montreront, qu'auparavant, beaucoup de blessés arrivaient aux urgences en état de mort apparente faute de soins efficaces et précoces "sur le terrain" et pendant le transport. Ils aboutiront à la promulgation, en décembre 1965, de deux décrets :

- celui du 2 décembre 1965 oblige certains centres hospitaliers à se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgences,

- celui du 31 décembre 1965 déclare que "*l'hôpital se doit de sortir de ses murs pour porter une assistance médicale à toute personne qui en a besoin*" (naissance des SMUR).

En 1970, face à l'augmentation du nombre des SMUR et de leur activité, est créée la salle de régulation coordonnant plusieurs SMUR : c'est la naissance des SAMU proprement dits.

En 1978, attribution du 15 aux SAMU, numéro de téléphone d'appel gratuit et national pour les urgences médicales.

Il faut attendre encore la loi n°86-11 du 6 janvier 1986 (décret d'application du 16

décembre 1987) relative à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires pour que les SAMU et SMUR aient une reconnaissance légale de leur existence.

Enfin, le décret n°97-620 du 30 mai 1997 fixe les conditions d'autorisation et de fonctionnement des SMUR.

Précisons qu'à ce stade, ce sont les anesthésistes-réanimateurs qui sont les fondateurs historiques de cette médicalisation pré-hospitalière. Le patient était transporté vers des services d'urgence qui regroupaient souvent trois entités sinon unités médicales : l'orthopédie, la neuro-chirurgie, l'anesthésie réanimation (et parfois une quatrième : la néphrologie, très attirée par le don d'organes, en l'occurrence les reins). Mais dans la réalité ces services d'urgence étaient conçus de façon très disparate et se réduisaient parfois en certaines villes à leur plus simple expression. Après des années de fonctionnement plus ou moins organisé, dont il faut saluer globalement l'évolution positive en matière de prise en charge des polytraumatisés puis d'affections médicales aiguës, les pouvoirs publics ont cru nécessaire d'organiser la profession ce qui a abouti, par exemple en 1997, à officialiser les SMUR (qui fonctionnaient depuis 1965!). Sans doute peut-on évoquer cet aspect visionnaire des décideurs et les prémices de la réorganisation actuelle....

HISTORIQUE DES AUTRES MOYENS ET PARTENAIRES DES SECOURS D'URGENCE

Parallèlement, les Sapeurs Pompiers, intervenants historiques pour la prise en charge des victimes d'accidents (pour ne citer que les accidents survenus sur la voie publique - AVP-), n'ont pas voulu être dépossédés de leurs prérogatives et ont développé un Service de Santé et Secours Médical (SSSM) initialement voué au contrôle de l'aptitude du personnel, rapidement transformé de fait en une activité de médicalisation sur le terrain des situations "accidentelles" au sens large du terme. Le maillage territorial des Sapeurs Pompiers est tel que certains secteurs se trouvant à distance des SAMU-SMUR. Il était évident que les médecins généralistes locaux, peu ou pas formés à cette médicalisation première, devenaient des interlocuteurs intéressants pour les SAMU-SMUR ; force est de constater que là où les deux structures ont été complémentaires (par le jeu d'alliances sinon d'organisation

intelligente), les victimes n'ont eu qu'à se féliciter de cette coopération. Depuis la démographie médicale étant ce qu'elle devient, c'est à dire en manque de médecins de proximité, ce SSSM se dote d'infirmiers qui remplacent ou secondent selon les nécessités locales, à leur (et selon) niveau de formation, le médecin.

Les pouvoirs publics ont alors cru bon d'inventer le concept de médecins correspondants des SAMU qui a grand peine à s'institutionnaliser en raison de l'évolution de la "profession" de médecin urgentiste qui se concrétise à partir de 2004.

Les ambulanciers privés, transporteurs sanitaires par essence de patients aux pathologies suivies et encadrées, se sont également progressivement investis dans le domaine de l'urgence médicale et ont développé un concept de prise en charge par le biais de matériels spécifiques, et d'organisation structurelle.

Les pouvoirs publics ont alors encadré ses initiatives par des référentiels et autres conventions.

HISTORIQUE DE LA PROFESSIONALISATION DE LA MEDECINE DE L'URGENCE

Après l'avènement de la médecine d'urgence hospitalière et pré-hospitalière, comment a évolué le médecin qui a investi ces lieux et fonctions? Qui est vraiment ce médecin que les confrères spécialistes ne semblent actuellement pas ou mal accepter, considérant leur place forte dorénavant gangrénée par la médecine générale à compétence spécifique?

Si les anesthésistes réanimateurs ont été les fondateurs des SAMU-SMUR, il leur a été nécessaire, notamment en secteur rural et semi rural (selon un principe d'accès égalitaire aux soins, dès lors que la population des villes était plus proche des SAMU-SMUR et à ce titre susceptible de bénéficier de soins d'urgence plus rapidement), de s'appuyer sur l'analyse du médecin de proximité (médecin traitant, médecin de garde, médecin des sapeurs pompiers

etc...). Cette association de fait s'est d'abord développée spontanément avec plus ou moins de rigueur et méthodologie, pour aboutir à partir de 1986 à la création (en fait la formalisation) des régulations conjointes au sein des CRRA (régulation du SAMU pour les détresses vitales, régulation libérale pour les urgences ressenties...). Cette législation parfaite sur le papier, a connu quelques vicissitudes loco-régionales du côté des médecins libéraux du fait de combats syndicaux et de comportements sectaires.

Le professionnel est donc à priori un médecin, mais un professionnel dit paramédical peut très bien être amené à prendre en charge une urgence médicale dès lors que son action contribue à analyser les symptômes (meilleure définition que le "*diagnostic infirmier*" qui est une aberration sémantique) puis éventuellement sécuriser le patient avant sa prise en charge médicale. Nous pensons bien entendu en premier aux infirmiers, toute spécialité confondue, qui sont de précieux et indispensables collaborateurs des médecins, mais aussi aux sapeurs pompiers, aux ambulanciers.

Mais tout médecin est (se doit d'être) de facto un professionnel de l'urgence :

- le cardiologue traite les urgences cardiaques,
- le pneumologue traite les urgences cardio-pulmonaires,
- le psychiatre traite les urgences psychiatriques,
- l'urologue traite les urgences urologiques,
- l'ophtalmologiste traite les urgences oculaires,
- le dermatologue traite les urgences de la peau et des phanères,
- le chirurgien traite les urgences chirurgicales selon sa spécialité (le neuro-chirurgien celles de l'encéphale, l'orthopédiste celles de la traumatologie etc...)
- le toxicologue celles relevant de la toxicologie etc...
- et le médecin généraliste isolé, toutes les urgences qui peuvent se présenter à lui dès lors qu'il est médecin de premier recours....quand il est accessible!

Tout serait donc parfait dans un monde idéal ; le patient pourrait être orienté vers le spécialiste apte à prendre en charge sa pathologie du moment, urgente à traiter. C'est faire fi de la complexité de l'individu dont la pathologie brusquement urgente retentit sur plusieurs fonctions, nécessitant une prise en charge plus globale.....La médecine française a aussi inventé le médecin réanimateur après l'anesthésiste réanimateur, lui même précurseur de l'urgentiste actuel. Le médecin réanimateur s'est façonné petit à petit au sein de l'hôpital :

d'abord un interniste qui progressivement s'est occupé de pathologies plus spécifiques justifiant des techniques d'investigations ou de traitements particulières, pour devenir un spécialiste avec une formation universitaire spécifique. Tous les praticiens hospitaliers ont connu la "compétition" qui s'est développée entre les anesthésistes réanimateurs et les réanimateurs, qui pour revendiquer les soins de tels ou tels patients, qui pour développer des secteurs de soins post-chirurgicaux, qui pour créer des unités de soins spécifiques à la réanimation. Et les anesthésistes réanimateurs, se raréfiant ont du quitter progressivement les SAMU-SMUR au profit (?) de réanimateurs revendiquant la prise en charge de l'urgence médicale au sein de structures réunifiées que constituent depuis janvier 2010, les pôles (urgences SAMU smur réanimation) au profit surtout d'une nouvelle gouvernance hospitalière, soucieuse d'harmoniser (en apparence) les compétences, en fait soucieuse d'économie en attendant les vicissitudes à venir.

FORMATION A L'URGENCE DES MEDECINS GENERALISTES

Avant tout elle est celle du médecin généraliste, qui va ensuite acquérir une compétence en médecine d'urgence, développer et maîtriser un certain nombre de gestes techniques et être capable de synthétiser et contrôler une situation à priori "simple" (la défaillance) en réalité plus complexe.

Le cursus généraliste a alors été complété par des formations universitaires propres à l'urgence médicale au sein du foisonnement des Diplômes universitaires aussi divers que variés :

- au début des années 1980, une formation universitaire du 3^e cycle a été créée dans de nombreuses universités sous forme de diplôme d'université (1 an). L'enseignement était surtout orienté vers la médecine d'urgence pré-hospitalière et prodigué par des anesthésistes-réanimateurs.

- puis cette formation a été structurée dans un cadre réglementaire par l'arrêté du 29 avril 1988 avec la création de la Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU en 2 ans).

- puis la Capacité de Médecine d'Urgence (CMU) a été instaurée par l'arrêté du 3 juin 1998 où il s'agissait d'un enseignement sur deux années toujours destiné aux médecins généralistes ainsi qu'à tout médecin titulaire d'un DES.

- depuis la rentrée universitaire 2004/2005, la France a créé un Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (DESC) de Médecine d'urgence en 2 ans. Contrairement à la capacité, suivie par des médecins en formation continue, le DESC est un prolongement de l'internat (3^e cycle spécialisé de médecine), et est donc suivi par des internes en formation initiale. Le grand apport de cette nouvelle formation est d'homogénéiser le niveau initial des urgentistes en début de carrière et de permettre une reconnaissance au niveau européen de la spécialité. Jusqu'en 2004, la spécialité "médecine d'urgence" n'existait pas en France.

- l'avenir semblant être un DES (diplôme d'études spécialisé) durant 3- 4 ans?

Ce médecin peut ensuite acquérir une formation continue pratiquement à sa seule initiative. Un vaste choix de formations complémentaires s'offre à lui : Diplôme d'université en 1 à 2 ans, stages, séminaires de quelques jours à quelques semaines, congrès... Ces formations peuvent porter sur une technique particulière (échographie...), une pathologie (le

poly-traumatisme, la pédiatrie...) ou tout autre aspect de la médecine d'urgence (régulation). Ils sont optionnels (mais la formation continue est un devoir professionnel).

Jusqu'en 2004, le médecin généraliste qui avait acquis une compétence à l'urgence, exerçait donc soit à titre individuel et ponctuel (médecin des sapeurs pompiers, médecin de proximité), soit conjointement en secteur hospitalier par le biais de vacation ou d'un poste de praticien attaché (SAMU ou Urgences), voire de praticien hospitalier à temps plein ou temps partiel par le biais du concours de Praticien Hospitalier. En établissement privé recevant les urgences, le cursus était identique à celui du médecin généraliste ayant acquis la compétence.

QUEL EST SON CADRE DE TRAVAIL? (5)

En France, l'urgence débute généralement par un appel au centre 15 (en fait le CRRA), mais le patient qui se dit atteint d'une affection médicale au traitement urgent, peut s'adresser directement au médecin de proximité (s'il est disponible), ou se déplacer vers un service d'urgence (public ou privé).

Dans chaque département, le numéro dédié aux urgences médicales est le 15 (CRRA - centre de réception et de régulation des appels- comprenant le centre 15 libéral à certaines heures de la journée, la régulation du SAMU, et le SMUR -Service mobile d'urgence et réanimation-), qui gère la réponse adaptée à la demande.

La réponse du CRRA, à la suite au dialogue entre l'appelant et le médecin régulateur, peut aller du simple conseil téléphonique à l'envoi d'un SMUR ou d'un moyen de transport, médicalisé para médicalisé ou non, en passant éventuellement par l'envoi d'un médecin de proximité (traitant, de garde, SOS etc...).

Le SAMU assure aussi des transferts intra hospitaliers et ou inter hospitaliers pour le déplacement ou l'hospitalisation de patients aux pathologies lourdes justifiant des avis et traitements spécialisés ; ces transferts sont médicalisés ou para médicalisés.

Les différents effecteurs de la prise en charge des urgences en France sont :

- le médecin traitant ou de proximité ou de garde, SOS Médecins,

- une équipe SMUR
- les sapeurs pompiers avec ou sans infirmier pompier et/ou médecin pompier
- une ambulance privée
- la maison médicale de garde
- les services d'urgence (SU public ou privé),
- mais aussi la DDE etc....

Les services d'urgence

La structure des urgences doit accueillir en permanence toute personne qui s'y présente ou qui y est adressée par le service d'aide médicale urgente, doit assurer une prise en charge diagnostique et thérapeutique, éventuellement orienter le patient vers la structure médicale et/ou sociale adaptée à son état. Il reçoit actuellement indistinctement en un même lieu et même temps, le blessé léger (plaie de l'ongle), le blessé grave (poly fractures), le SDF, l'alcoolisé plus ou moins violent, le toxicomane en manque ou en détresse, l'angine trainante de puis 5 jours, la colique néphrétique, l'étranger en situation irrégulière, la personne âgée isolée dont l'état est plus ou moins altéré mais qui socialement ne peut plus rester à domicile, les forces de l'ordre en recherche d'un CNH (certificat de non hospitalisation), le patient dément quand il ne s'agit pas d'un sujet violent par principe et habitude etc.....

Les praticiens y exerçant sont essentiellement des médecins généralistes ayant suivi le cursus précité. Le secteur déchoquage (patients en détresse vitale) leur est parfois dédié, parfois "interdit" restant alors la prérogative des réanimateurs. Ils ont donc une activité intellectuelle et technique à assurer mais aussi et, c'est la grande préoccupation de ce secteur actuellement, la gestion du placement de ces patients très hétérogènes dans des services spécialisés peu enclins à les accueillir au sein d'une population de patients aux soins déjà programmés.

L'activité est un défi permanent aux règles de bonne pratique ne serait ce qu'en termes d'éthique ou d'humanité.

Le SAMU-SMUR

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) est l'élément central du dispositif d'aide médicale urgente.

Il s'agit d'une structure technico-administrative située généralement dans l'hôpital le plus important du département, chargée de la réception des appels et de la régulation médicale.

Il a pour mission de répondre aux situations d'urgence par des moyens exclusivement médicaux. Cette mission générale se décline en cinq possibilités correspondant à chaque étape de la prise en charge du patient :

- assurer une écoute médicale permanente,
- déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient,
- organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- veiller à l'admission du patient.

Les médecins qui y exerçaient étaient des anesthésistes réanimateurs qui au gré de leur "disparition" ont été progressivement remplacés par des médecins généralistes formés à l'urgence, et plus récemment par des médecins issus directement de la filière universitaire sans véritable formation pratique généraliste.

L'activité est donc double :

- celle de la régulation, très particulière, sans contact direct avec le patient, par contre en prise directe avec toute la panoplie de plaintes humaines aussi variées que véritables ou dénuées de bon sens, potentiellement génératrice d'erreurs de décision (en termes d'efficacité, de moyens, de temps) et donc de traitement adapté ; c'est actuellement l'un des postes les plus difficiles en terme de responsabilité médicale pure, dont l'activité est en progression exponentielle aggravée par la mise en place d'un permanence de soins dénuée de bons sens mais dans la droite ligne de la gestion –prétendument- économique des pouvoirs publics,

- celle de l'activité en SMUR qui consiste à prendre en charge un patient en détresse vitale ou fonctionnelle et en relation avec le médecin régulateur au SAMU, l'orienter vers la structure de soins adaptés (le service des urgences ou de spécialité dédiée). L'activité est ici technique et intellectuelle et expose aux risques inhérents aux soins. Elle se complète par la relation avec les confrères des urgences précédemment décrit, ravis de trouver un partenaire soucieux de faire prendre en charge au plus vite le patient transporté et médicalisé.

LA SPECIFICITE DE LA MEDECINE D'URGENCE

Au milieu de patients aux pathologies diverses et intriquées, le médecin urgentiste se doit d'être un référent dans la gestion de la prise en charge avec un éventuel recours à avis spécialisé.

Peser le bénéfice/risque est son souci permanent : par exemple pour un patient victime d'un syndrome coronarien aigu à l'origine d'un accident ayant généré un poly traumatisme (hémorragique), à qui appartient le choix de la thrombolyse comme le suggère le cardiologue ou de l'embolisation comme le suggère le spécialiste (neurologue, réanimateur)?

Idéalement la décision finale est censée appartenir au médecin urgentiste, après concertation confraternelle. La difficulté, outre celle de faire le bon choix, est de définir une ligne de conduite le plus rapidement possible (urgence oblige!) pour ne pas générer de perte de chance.

Ainsi, à la qualification purement médicale, bagage incontournable de tout médecin urgentiste, s'ajoute la nécessité d'une gestion de l'équipe paramédicale (AP, SP, IDE, IADE, ambulancier), et d'une complémentarité d'action sinon de décision avec les confrères.

Le médecin urgentiste doit être un homme d'action qui ne doit pas avoir peur de s'engager et doit avoir un comportement fédérateur pour exercer pleinement.

Mais il est soumis à une pression continue et prend en charge plusieurs situations de façon concomitante, souvent assez différentes en termes de gravité et de spécialité (cardiologie, orthopédie, pédiatrie, SMUR, régulation....). L'activité à flux tendu, l'absence de programmation, l'hétérogénéité des demandes, la lourdeur et la misère des

patients, la contrainte du temps et l'absence de place dans les lits d'aval, constituent le pain quotidien des médecins urgentistes.

La médecine d'urgence regroupe des techniques médicales et chirurgicales utiles pour faire face à une urgence vitale, c'est-à-dire une situation où, le patient, faute de soins, risque de décéder ou d'avoir des séquelles irréversibles dans un délai court. Les situations d'urgence peuvent survenir au sein même de l'hôpital (le patient est déjà hospitalisé et son état se complique), à domicile, sur la voie publique ou dans un lieu public ou privé (malaise, maladie, accident domestique, accident sur la voie publique, accident de travail...).

Outre la compétence en médecine générale, des connaissances spécifiques sont nécessaires dans le cadre de la médecine d'urgence :

- l'anesthésie-réanimation : analgésie, induction, sédation, réanimation (maintien et/ou restauration des fonctions vitales),
- la traumatologie : AVP, fractures, luxations, entorses, blessures, brûlures, noyades...
- la toxicologie : pour les intoxications accidentelles (intoxications alimentaires, par émanation de gaz, médicamenteuse, par stupéfiants, alcoolique, empoisonnement...) ou volontaires (tentative de suicide, d'assassinat, toxicomanie).

De plus, la médecine d'urgence nécessite un équipement (matériel et humain) au bon moment et au bon endroit. S'ajoute la coopération avec d'autres structures de soins pour la prise en charge du patient (accueil, poursuite des soins...).

Et l'avenir s'annonce radieux avec la télémédecine!

L'EVOLUTION TECHNOCRATIQUE

Par souci d'économie (dit d'efficacité dans le discours), les pouvoirs publics ont décidé de "mutualiser" les moyens en regroupant en pôles les services d'urgence réanimation et SAMU-SMUR (rejetant par la même à plus ou moins long terme les quelques anesthésistes réanimateurs encore présents ou volontaires). Ainsi avec une "visualisation anticipative" (les néologismes sont également à la mode), le patient sera pris en charge indifféremment par un médecin du service des urgences ou du Samu ou du Smur dès lors que leurs horaires

mutualisés leur permettront de varier les plaisirs, sans parler de la régulation que tout un chacun pratiquera avec la facilité digne d'un chef d'orchestre.

C'est oublier, sinon ignorer, et tout a été fait pour ce faire, que ces trois activités – régulation, smur, urgences– sont trois entités bien distinctes, aux compétences spécifiques non interchangeables du moins dans l'immédiateté, que 45 ans de pratique séparée viennent étayer.

Mais la professionnalisation sinon la spécialisation (!) de la médecine de l'urgence en fin de cursus universitaire est le remède des nouveaux décideurs.

TEXTES LEGISLATIFS RELATIFS A LA MEDECINE D'URGENCE

LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Citer tous les articles du CDM seraient utiles mais sans grand intérêt puisque ce Code régit la profession de médecin toute spécialité et compétence confondues

Cependant quelques articles paraissent plus appropriés dans le cadre de la médecine d'urgence: citons :

Au titre des devoirs généraux des médecins pratiquant l'urgence :

- article 2 sur le respect de la vie humaine, de la dignité avant et après la mort
- articles 4 45 et 72 et 73 sur le secret professionnel, malheureusement très combattu en ce domaine particulier de l'urgence

- articles 5 et 69 83 84 92 sur l'indépendance professionnelle garante de l'intégrité professionnelle également très combattue par les médecins eux-mêmes sinon par l'administration sous toutes ses formes.

- article 6 et 58 sur le libre choix du patient qui doit rester une des préoccupations du médecin pratiquant l'urgence dès lors que le patient libre ou non de s'exprimer (il va de soi que le fait de s'exprimer est plus facilitateur) doit pouvoir accéder aux soins en adéquation avec son état et par ceux capables de les pratiquer.

- articles 7 et 10 sur l'égalité de soins de quelque patient que ce soit,

- article 9 sur l'assistance à personne en danger
- article 11 sur le perfectionnement des connaissances une des problématiques de la médecine d'urgence au milieu de spécialisations à outrance
- articles 24 et 28 et 50 76 sur les certificats leur rédaction, le refus de complaisance

Au titre des devoirs envers les patients :

- article 32 33 sur l'impérative nécessité de donner les soins adaptés et consciencieux au patient pris en charge
- article 34 35 36 sur l'information et le consentement, parfois délicats en médecine d'urgence
- article 37 spécifique au soulagement des souffrances
- article 38 spécifique aux mourants qui rejoint l'article 2
- articles 37 et 42 concernant les soins aux mineurs et majeurs protégés

LOIS - DECRETS - CIRCULAIRES

Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

Titre I Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires

Art. 1 :

Il est créé dans chaque département un comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales ; la composition et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par décret en Conseil d'Etat,

Ce comité a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population.

Il doit s'assurer en conséquence de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Titre II Aide Médicale Urgente

Art. 2 :

L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Art. 3 : Après le cinquième alinéa de l'article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : " Concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente " .

Art. 4 :

Avant le dernier alinéa du 1° de l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, sont insérés les alinéas suivants :

" e)- Eventuellement, des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU, dont les missions et l'organisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

" Ces unités comportent un centre de réception et de régulation des appels.

" Le fonctionnement de ces centres est assuré avec les praticiens représentés par les instances départementales des organisations représentatives nationales, ou les organisations ou associations représentatives au plan départemental, dans la mesure où elles en font la demande, et conformément à des conventions approuvées par le représentant de l'Etat dans le département.

" Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours " .

Art. 5 :

L'article 53 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

" Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales " .

" Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

" Les tarifs de responsabilité des caisses pour la prise en charge des frais de transport sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

" Les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais sont déterminées par des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de ; transports sanitaires, conformément à une convention type fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ".

Titre III Transports Sanitaires

Art. 6 :

Le titre 1er bis du livre 1er du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

" Titre 1er bis :

" Art. L.51-1 - Constitue un transport sanitaire, au sens du présent code, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

" Les transports de personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires au sens du présent code.

" Art.L.51-2 - Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par l'autorité administrative dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Le refus d'agrément doit être motivé.

" Art.L.51-3 - Un décret en Conseil d'Etat détermine :

"- les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires.

"- les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages.

"- les modalités de délivrance par le représentant de l'Etat dans le département aux personnes visées à l'article précédent de l'agrément pour effectuer des transports sanitaires ainsi que les modalités de son retrait.

"- les obligations de ces personnes à l'égard du service de garde organisé par le représentant de l'Etat dans le département et à l'égard des centres de réception et de régulation des appels visés à l'article 4 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

" Art.L.51-4 - La législation en vigueur sur les prix s'applique aux tarifs des transports sanitaires. Ceux-ci sont établis par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, de la concurrence et de la consommation,

" L'inobservation de ces tarifs peut entraîner le retrait de l'agrément.

" Art.L.51-5 - Toute personne qui aura effectué un transport sanitaire sans agrément ou malgré le retrait d'agrément sera punie d'une peine de 2.000F à 20.000 F.

" En cas de condamnation par application de l'alinéa précédent, et de commission du même délit dans un délai de cinq ans après l'expiration ou la prescription de la peine, l'amende encourue sera portée au double. En outre, le tribunal pourra interdire au condamné d'effectuer des transports sanitaires pendant un an au plus."

Art. 7 :

Les personnes assurant des transports sanitaires à la date de promulgation de la présente loi doivent, à l'expiration d'une période de deux ans à compter de la date de publication du décret prévu à l'article L. 51-3 du titre 1er bis du livre 1er du Code de la Santé publique, se conformer aux dispositions du présent titre de la présente loi.

Titre IV Prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie

Art. 8 :

Dans l'article L.283 du code de la sécurité sociale :

1°- Dans le a les mots : " et des frais de transport " sont abrogés.

2°- Il est ajouté, après le a-II un a-III ainsi rédigé : " a-III- La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants-droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat."

Art. 9 :

L'article L. 295 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 10 :

Le deuxième alinéa de l'article L. 435 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : " dans les conditions prévues par le a-III de l'article L. 283 ".

Art. 11 :

Les quatrième à dixième alinéas du paragraphe I de l'article 8 de la loi n°66-609 du 12 juillet 1966 relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont remplacés par les dispositions suivantes :

" Les prestations de base comportent en outre la couverture des frais de transport dans les conditions prévues au a-III de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale ".

Art. 12 :

I - Dans le premier alinéa du 1° de l'article 1038 du code rural, les mots : " et des frais de transport " sont abrogés.

II - Il est ajouté après le paragraphe II du 1° du même article un paragraphe III ainsi rédigé :
" III - La couverture des frais de transport dans les conditions prévues au a-III de l'article L 283 du code de la sécurité sociale ".....

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Loi n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelés SAMU

CHAPITRE Ier : Mission des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.

Article 1

Les unités appelées S.A.M.U. participent à l'aide médicale urgente dans le cadre du présent décret.

Article 2

Les S.A.M.U. ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en oeuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les S.A.M.U. joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en oeuvre par les services d'incendie et de secours, en application de l'article 16 de la loi du 22 juillet 1987 susvisée.

Article 3

Pour l'application de l'article 2 ci-dessus, les S.A.M.U. exercent les missions suivantes:

Assurer une écoute médicale permanente;

Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels;

S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil;

Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires;

Veiller à l'admission du patient.

Article 4

Les S.A.M.U. participent à la mise en œuvre des plans O.R.S.E.C. et des plans d'urgence prévus par les articles 2 à 4 de la loi du 22 juillet 1987 susvisée, et notamment ceux visés au 2° de l'article 3 destinés à porter secours à de nombreuses victimes. Un rôle de coordination interdépartementale pour l'exercice des missions définies à l'article 3 du présent décret peut être confié à un ou plusieurs S.A.M.U. par l'autorité compétente de l'Etat désignée par les articles 5 à 9 de la même loi.

Article 5

Les S.A.M.U. peuvent participer à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités de police concernées.

Article 6

Outre leurs missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente, les S.A.M.U. participent aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche. Ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales et des professionnels des transports sanitaires, ils participent également à la formation des secouristes, selon les modalités déterminées par le décret du 4 janvier 1977 susvisé.

CHAPITRE II

Organisation des S.A.M.U.

Article 7

Le ministre chargé de la santé arrête la liste des établissements hospitaliers dotés d'unités participant à l'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. et détermine le champ de compétence territoriale de ces unités.

Article 8

Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels visés à l'article 4 de la loi du 6 janvier 1986 susvisée sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 15. Les installations de ces centres permettent, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des services d'incendie et de secours dotés du numéro d'appel 18, ainsi qu'avec ceux des services de police et de gendarmerie. Les centres de réception des appels du numéro 15 et du numéro 18 se tiennent mutuellement informés des opérations en cours dans les plus brefs délais. Ils réorientent vers le centre compétent tout appel n'entrant pas directement dans leur domaine d'action. Lorsque les centres de réception des appels dotés du numéro téléphonique 15 reçoivent une demande d'aide médicale urgente correspondant à une urgence nécessitant l'intervention concomitante de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, ils transmettent immédiatement l'information aux services d'incendie et de secours qui font alors intervenir les moyens appropriés, conformément à leurs missions. Les mêmes centres sont immédiatement informés des appels reçus par les services d'incendie et de secours sous le numéro 18 lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence visée à l'article 2.

Article 9

Les dispositifs d'interconnexion nécessaires seront mis en place dans un délai maximum de trois ans courant à partir de la date de publication du présent décret. Avant leur installation, le commissaire de la République arrête, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, les modalités transitoires destinées à garantir l'information réciproque immédiate et permanente des centres de réception des appels.

Article 10

Pour l'exercice de leurs missions, les S.A.M.U. disposent des moyens en personnel et en matériel et en personnel médical et non médical chargé de la réception et de la régulation des appels, adaptés aux besoins de la population qu'ils desservent. Ils constituent, selon l'organisation de l'établissement hospitalier dans lequel ils sont implantés, un service ou un pôle d'activité.

CHAPITRE III

Participation des médecins d'exercice libéral au centre de réception et de régulation des appels médicaux

Article 11

Les centres de réception et de régulation des appels permettent, grâce notamment au numéro d'appel unique dont ils sont dotés, de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente. La participation de ceux-ci, comme celle des autres intervenants, au dispositif d'aide médicale urgente est déterminée par convention.

Article 12

Dans chaque département, la convention est passée entre:

l'établissement hospitalier où est situé le S.A.M.U.;

les instances départementales des organisations nationales représentatives des praticiens qui ont en fait la demande;

les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence qui en ont fait la demande;

les établissements privés d'hospitalisation, volontaires pour accueillir les urgences;

les collectivités territoriales et les autres personnes morales assurant le financement du fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux.

Article 13

La convention détermine notamment:

le plan de financement détaillé du centre de réception et de régulation des appels médicaux;

les moyens apportés respectivement par chacune des parties contractantes;

les modalités selon lesquelles la réception et la régulation des appels sont organisées conjointement;

les modalités de gestion du centre de réception et de régulation des appels médicaux;

la durée, les modalités de dénonciation, de révision et de reconduction de l'accord.

Article 14

Cette convention est approuvée par le commissaire de la République du département, qui consulte auparavant le conseil départemental de l'ordre des médecins chargé de veiller au respect de la déontologie médicale.

Article 15

L'organisation du centre de réception et de régulation des appels médicaux garantit l'indépendance professionnelle du praticien et la liberté de choix du malade, dans la mesure où celui-ci est en état de l'exprimer. La convention ne peut faire obstacle aux devoirs généraux envers les malades en vertu du code de déontologie médicale.

Article 16

Le fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux doit être assuré sans discontinuité; il assure une réponse rapide aux appels reçus. Pendant leur tour de garde, les médecins qui assurent la permanence des soins restent disponibles et tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informé du début et de la fin de chacune de leurs interventions.

Article 17

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, le ministre de l'intérieur, le ministre des affaires sociales et de l'emploi, le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme, le ministre de l'agriculture, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, chargé du budget, le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, et le ministre délégué auprès du ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme, chargé des P. et T., sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République Française.

Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé traitement et modifiant le code de la santé publique

Art. 1er.

- Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat), titre Ier, chapitre II, est insérée une section 4 ainsi rédigée:

Section 4 : Activités de soins mentionnées au III de l'article R. 712-2: autorisation, conditions d'implantation et modalités de fonctionnement << Sous-section 1 << Accueil et traitement des urgences << Art. R. 712-63. - L'autorisation prévue par le 3o de l'article L. 712-8, nécessaire à un établissement de santé pour exercer l'activité de soins Accueil et traitement des urgences, mentionnée au 5 du III de l'article R. 712-2 peut être accordée pour faire fonctionner dans l'établissement: << 1o Soit un service d'accueil et de traitement des urgences, éventuellement spécialisé, soit une antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences éventuellement saisonnière; << 2o Un service mobile d'urgence et de réanimation destiné à effectuer les interventions médicales hors de l'établissement dans le cadre de l'aide médicale urgente. << Paragraphe 1 << Services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences << Art. R. 712-64. - Un établissement de santé ne peut recevoir l'autorisation de faire fonctionner un service d'accueil et de traitement des urgences que s'il dispense en hospitalisation complète les soins mentionnés au a du 1o de l'article L. 711-2 et comporte au moins des services ou des unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique. << L'établissement doit présenter en même temps que sa demande d'autorisation d'un service d'accueil et de traitement des urgences une demande d'autorisation d'un service mobile d'urgence et de réanimation. Toutefois, cette dernière demande n'est pas exigée s'il existe dans les établissements de santé proches des services suffisants. << Art. R. 712-65. - Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales. << Art. R. 712-66. - A titre exceptionnel, un établissement de santé prenant en charge sur un site unique soit principalement les enfants malades ou blessés, soit, de façon prépondérante et hautement spécialisée, des affections touchant un même organe ou altérant une même fonction, peut être autorisé par le ministre chargé de la santé, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, à faire fonctionner un service spécialisé

d'accueil et de traitement des urgences appelé pôle spécialisé. << L'autorisation peut être subordonnée à la condition que l'établissement passe avec un établissement de santé où fonctionne un service défini à l'article R. 712-64 une convention fixant les modalités selon lesquelles sont orientés et pris en charge les patients qui ne relèvent pas exclusivement de ce pôle spécialisé. << Paragraphe 2 << Antennes d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences << Art. R. 712-67. - Un établissement de santé ne peut recevoir l'autorisation de faire fonctionner une antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences que s'il dispense les soins mentionnés au a du 1o de l'article L. 711-2 et comporte au moins un service ou une unité de médecine pratiquant l'hospitalisation complète. << Dans le cas où l'établissement ne dispose pas de lits de médecine, il peut présenter conjointement à sa demande d'autorisation une demande de reconversion de lits d'autres disciplines, dans les conditions prévues par les articles D. 712-13-4 et D. 712-13-5. << Art. R. 712-68. - L'antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences fonctionne selon les modalités suivantes: << 1o Elle accueille sans sélection tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique; << 2o Elle traite dans ses locaux et avec ses moyens tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples correspondant à une cotation inférieure ou égale à KC 30 par acte au sens de la Nomenclature générale des actes professionnels, qui ne nécessitent pas une anesthésie générale ou une anesthésie loco-régionale du rachis, des blocs proximaux ou par voie péridurale; << 3o Entre 8 heures et 18 h 30, les jours ouvrés, elle peut orienter les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peut dispenser elle-même: << a) Soit vers d'autres services ou unités de l'établissement susceptibles de les assurer; << b) Soit, en liaison avec le centre << 15 >> de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente, appelé SAMU, vers un autre établissement de santé en mesure de dispenser sans délai aux patients les soins nécessaires ou vers un service d'accueil et de traitement des urgences; << 4o Après 18 h 30 et jusqu'à 8 heures et les jours non ouvrés, l'antenne doit, en liaison avec le centre << 15 >> du SAMU, diriger les patients qu'elle n'est pas en mesure de traiter elle-même vers un service d'accueil et de traitement des urgences ou éventuellement vers un pôle spécialisé, ou vers un établissement de santé ayant reçu l'autorisation dérogatoire prévue à l'article R. 712-69. << Art. R. 712-69. - Un établissement de santé autorisé à faire fonctionner une antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences peut, par dérogation au 4o de l'article R. 712-68, recevoir et traiter dans l'un de ses services ou unités, après 18 h 30 et avant 8 heures, tous les

jours de l'année, les patients qui ont été orientés par l'antenne de l'établissement ou d'un autre établissement de santé à condition d'obtenir à cet effet une autorisation dérogatoire du ministre chargé de la santé, délivrée après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale et précisant les services ou unités de l'établissement qu'elle concerne. << Cette autorisation ne peut être accordée que si l'établissement dispose d'un ou plusieurs services de chirurgie, de médecine spécialisée ou de psychiatrie qui soient en mesure de dispenser sans délai les soins nécessaires vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année. << L'établissement de santé doit préciser les services ou unités pour lesquels cette dérogation est demandée et accompagner sa demande d'un document, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, relatif aux conditions techniques de fonctionnement de ce service ou de cette unité, qu'il s'engage à respecter afin de dispenser sans délai, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, les soins nécessaires aux patients qui lui sont adressés par l'antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences de l'établissement ou par celle d'un autre établissement de santé. << Art. R. 712-70. - Un établissement de santé peut obtenir, compte tenu de situations particulières, l'autorisation de faire fonctionner une antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences une partie de l'année seulement, à condition de passer, avec un établissement comportant un service mentionné à l'article R. 712-64, une convention fixant les modalités de la coopération entre les deux établissements. << Paragraphe 3 << Services mobiles d'urgence et de réanimation << Art. R. 712-71. - L'autorisation de faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation ne peut être accordée qu'aux établissements de santé ayant l'autorisation mentionnée au 1o de l'article R. 712-63, ou obtenant conjointement cette autorisation. << Paragraphe 4 << Dispositions communes << Art. R. 712-72. - Le service d'accueil et de traitement des urgences ou l'antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences doit, s'il y a lieu, assurer ou faire assurer le transfert, éventuellement médicalisé, d'un patient vers un autre établissement de santé. Lorsque le transfert doit être médicalisé, il est organisé en liaison avec le centre << 15 >> du SAMU. << Art. R. 712-73. - Lorsque l'état du patient ne justifie pas son admission dans un établissement de santé dispensant les soins mentionnés au a du 1o de l'article L. 711-2, le service ou l'antenne oriente le patient, si nécessaire et en vue d'assurer la continuité des soins, vers le médecin traitant, généraliste ou spécialiste, vers une consultation externe de l'établissement ou d'un autre établissement de santé, ou éventuellement vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure sociale adaptée à son état ou à sa situation. << Art. R. 712-74. - Les établissements de santé titulaires de l'autorisation prévue au 1o de l'article R. 712-63 doivent faire tenir dans le service ou l'antenne un registre chronologique continu, dont

le modèle est arrêté par le ministre chargé de la santé, sur lequel figurent l'identité des patients accueillis par le service ou par l'antenne, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors du service ou de l'antenne. << Art. R. 712-75. - La forme, la périodicité et le contenu de l'évacuation périodique des activités de soins régies par les dispositions de la présente sous-section, mentionnée à l'article L. 712-12-1, sont définis par un arrêté du ministre chargé de la santé. << Art. R. 712-76. - Seuls les établissements de santé ayant reçu l'autorisation mentionnée à l'article R. 712-63 peuvent porter à la connaissance du public et de leurs usagers le fait qu'ils assurent l'accueil et le traitement des urgences. << S'il s'agit d'un pôle spécialisé mentionné à l'article R. 712-66, la spécialisation du service doit être mentionnée. << S'il s'agit d'une antenne saisonnière, ses périodes de fonctionnement doivent être indiquées. << Art. R. 712-77. - Les dispositions de la présente sous-section ne s'appliquent ni aux établissements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 326 et à l'article L. 331, qui accueillent de jour comme de nuit des patients présentant des troubles mentaux, ni aux établissements de santé pratiquant les accouchements. << Ces derniers établissements doivent accueillir et prendre en charge, de jour comme de nuit, les femmes enceintes et les parturientes. << Art. R. 712-78. - Les dispositions de la présente sous-section ne font pas obstacle à ce que les établissements de santé qui n'ont pas l'autorisation mentionnée au 1o de l'article R. 712-63: << 1o Dispensent des soins immédiats aux patients qui se présentent à leurs consultations externes, quel que soit l'horaire de celles-ci; << 2o Dispensent des soins non programmés à tout patient qui leur est adressé par un médecin libéral exerçant en cabinet après examen du patient et consentement de ce dernier lorsqu'un accord préalable direct a été établi avec le médecin de l'établissement qui sera appelé à dispenser les soins nécessaires. << Art. R. 712-79. - Les établissements de santé qui n'ont pas l'autorisation mentionnée au 1o de l'article R. 712-63 ne sont pas dispensés des obligations générales de secours aux personnes en danger qui se présentent ou s'adressent à eux. Ils doivent donner à ces personnes les premiers secours que leur état exige et, s'il y a lieu, les adresser ou les faire transférer, après intervention du centre << 15 >> du SAMU, dans un établissement de santé ayant l'autorisation mentionnée ci-dessus. >>

Art. 2.

- Les schémas régionaux d'organisation sanitaire arrêtés avant la publication du présent décret devront être révisés en ce qui concerne l'accueil et le traitement des urgences dans un délai maximum de deux ans, pour tenir compte des dispositions des articles R. 712-63 à R. 712-79 du code de la santé publique. Jusqu'à ce que soit arrêté un nouveau schéma régional relatif à

l'accueil et au traitement des urgences, les autorisations mentionnées à l'article R. 712-63 du même code peuvent être délivrées même si la condition prévue au 2o de l'article L. 712-9 de ce code n'est pas remplie.

Art. 3.

- L'autorisation mentionnée à l'article R. 712-63 du code de la santé publique doit être demandée par tous les établissements de santé qui souhaitent exercer ou continuer à exercer l'activité de soins régie par les dispositions des articles R. 712-63 à R. 712-79 du même code. La première période pendant laquelle les établissements de santé devront déposer les demandes d'autorisation mentionnées à l'article R. 712-63 de ce code aura une durée de quatre mois; par dérogation à l'article R. 712-39 du même code, la date d'ouverture de cette période sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 4.

- A titre transitoire et en vue de permettre la réalisation d'un ou plusieurs objectifs retenus par le schéma régional d'organisation sanitaire, les autorisations mentionnées à l'article R. 712-63 du code de la santé publique pourront être accordées à un établissement de santé ne satisfaisant pas encore aux conditions techniques de fonctionnement, à condition que l'établissement se mette en conformité dans un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret.

Art. 5.

- A titre transitoire, les établissements de santé qui disposent, à la date d'entrée en vigueur du présent décret, d'un service mobile d'urgence et de réanimation créé soit par une délibération de leur conseil d'administration régulièrement approuvée, soit par l'effet de l'inscription de l'établissement sur la liste prévue à l'article 11 du décret no 80-284 du 17 avril 1980, soit en vertu de l'obligation faite aux centres hospitaliers régionaux par ce même décret, pourront continuer à faire fonctionner ces services jusqu'à ce qu'il soit statué sur la demande d'autorisation prévue par le 2o de l'article R. 712-63 du code de la santé publique. Cette demande devra être présentée dans un délai qui sera fixé par les dispositions réglementaires déterminant, en application du 3o de l'article L. 712-9 du même code, les conditions techniques de fonctionnement de ces services mobiles.

Art. 6.

- L'article 11 du décret no 80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier est abrogé.

Art. 7.

- Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé, porte-parole du Gouvernement, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique

Art. 1er.

- Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie: Décrets), titre Ier, chapitre II, section 3, est insérée une sous-section 3 ainsi rédigée: << Sous-section 3 << Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences <<

Paragraphe 1 << Services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences << Art. D. 712-52. - Le service d'accueil et de traitement des urgences mentionné au 1 de l'article R. 712-63 doit être organisé: << a) Dans les centres hospitaliers: en service, département ou fédération définis par les articles L. 714-20 et L. 714-25 ou selon les modalités prévues par l'article L. 714-25-2; << b) Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée placée sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur. << Art. D. 712-53. - Le médecin responsable de ce service doit répondre aux conditions prévues par l'article L. 356 du code de la santé publique et doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant les urgences. Dans les établissements publics de santé, ce responsable est praticien hospitalier. << Art. D. 712-54. - L'équipe médicale du service doit être suffisante pour qu'au moins un médecin soit effectivement présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci dans le service. <<

L'établissement doit également s'assurer la présence d'un psychiatre vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. << Tous les médecins de cette équipe doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences. Des étudiants en médecine, des internes ou des résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans ce service. << Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale ne peut comprendre que des praticiens hospitaliers, des praticiens des hôpitaux, des assistants, des attachés, des médecins contractuels et des médecins vacataires. << L'équipe médicale doit pouvoir faire venir à tout moment un médecin de l'établissement exerçant dans l'une des disciplines ou activités de soins mentionnée à l'article R. 712-64 et, s'il y a lieu, tout autre médecin de l'établissement ainsi que tout médecin spécialiste de la pathologie en cause, notamment un pédiatre. << Art. D. 712-55. - L'équipe paramédicale du service, dirigée par un cadre infirmier, doit être suffisante pour que, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, au moins deux infirmiers diplômés d'Etat soient effectivement présents pour dispenser les soins aux patients. Le service comprend, en outre, des aides-soignants ou éventuellement des auxiliaires de puériculture, des agents de service, un assistant de service social et un agent chargé des admissions. << Tous les membres de l'équipe paramédicale doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure. << Art. D. 712-56. - Le service doit disposer de locaux distribués en trois zones: << 1o Une zone d'accueil; << 2o Une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchoquage; << 3o Une zone de surveillance de très courte durée, comportant trois à cinq boxes individuels par tranche de 10 000 passages par an au service. << Art. D. 712-57. - Un établissement de santé ne peut être autorisé à mettre en œuvre l'activité de soins "accueil et traitement des urgences" sous forme d'un service d'accueil et de traitement des urgences mentionné au 1o de l'article R. 712-63 qu'à la condition que le secteur opératoire de l'établissement soit organisé de façon à mettre à la disposition du service, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, au moins deux salles, dont l'une aseptique, et des moyens de surveillance post-interventionnelle répondant aux conditions fixées par les articles D. 712-45 à D. 712-50. << Art. D. 712-58. - L'établissement doit comporter en outre: << 1o Les moyens permettant de pratiquer vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, les techniques d'imagerie en radiologie classique, échographie, scanographie et les explorations vasculaires, notamment l'angiographie; << 2o Un laboratoire en mesure de pratiquer vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, les examens en biochimie, hématologie, hémobiochimie,

microbiologie, toxicologie, ainsi que ceux qui sont relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang, et de fournir sans délai les résultats obtenus. << A défaut de disposer en propre des moyens mentionnés au 2o, l'établissement doit avoir conclu avec un autre établissement de santé ou un laboratoire d'analyses médicales une convention lui assurant vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'exécution des examens et obligations définies au 2o. << Art. D. 712-59. - Lorsque l'établissement ne pratique pas la psychiatrie, il doit avoir conclu une convention avec au moins un autre établissement de santé autorisé à la pratiquer, afin d'assurer un transfert sans délai des patients dont l'état l'exige. << Art. D. 712-60. - Un pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences, défini à l'article R. 712-66, doit disposer de tout moyen technique indispensable à la prise en charge des urgences qu'il accueille et s'il y a lieu d'une unité de réanimation ou de soins intensifs et d'un secteur opératoire garantissant la surveillance post-interventionnelle, pouvant fonctionner tous les jours de l'année vingt-quatre heures sur vingt-quatre. << Les conditions de fonctionnement fixées par les articles D. 712-52 à D. 712-56 sont applicables à ce pôle. << En outre, le médecin responsable et les membres de l'équipe médicale doivent également exercer la spécialité correspondant à la discipline ou à l'activité de soins concernées. << Les dispositions de l'article D. 712-58 sont applicables compte tenu des besoins propres à l'exercice de cette discipline ou activité de soins. << Paragraphe 2 << Antennes d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences << Art. D. 712-61. - Les dispositions des articles D. 712-52 et D. 712-53 sont applicables à l'antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences. << Art. D. 712-62. - L'équipe médicale de l'antenne doit être suffisante pour qu'au moins un médecin soit effectivement présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci à l'antenne. << En outre un psychiatre soumis à astreinte doit pouvoir intervenir à tout moment. << Tous les médecins de cette équipe doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences. Des étudiants en médecine, des internes ou des résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans une antenne. << Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale de l'antenne ne peut comporter que des praticiens hospitaliers, des praticiens des hôpitaux, des assistants, des attachés, des médecins contractuels et des médecins vacataires. << Cette équipe peut, en tant que de besoin, faire appel aux autres médecins de l'établissement. << Art. D. 712-63. - L'équipe paramédicale de l'antenne, dirigée par un cadre infirmier, doit être suffisante pour qu'au moins un infirmier diplômé d'Etat soit effectivement présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, pour dispenser les soins

aux patients. L'antenne comprend en outre des aides-soignants et des agents de service. << L'équipe comprend en tant que de besoin un infirmier diplômé d'Etat ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie; à défaut, elle doit pouvoir en faire venir un sans délai. << Tous les membres de l'équipe paramédicale doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure. << Art. D. 712-64. - L'antenne doit disposer de locaux distribués en trois zones: << 1o Une zone d'accueil; << 2o Une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchoquage ; << 3o Une zone de surveillance de très courte durée comportant deux à quatre boxes individuels par tranche de 10 000 passages par an à l'antenne. << Art. D. 712-65. - Un établissement de santé ne peut être autorisé à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences sous forme d'une antenne mentionnée à l'article R. 712-67 que s'il est en mesure d'assurer à tout moment au moins: << 1o Les examens d'imagerie courants, notamment en radiologie classique et en échographie; à cet effet, de 18 h 30 à 8 heures et les jours non ouvrés, il doit organiser une permanence de manipulateur en radiologie pour la réalisation des examens dont les clichés seront remis aux médecins de l'antenne et il doit faire assurer dans les douze heures le contrôle de l'interprétation des clichés par un radiologue; << 2o Les examens et analyses biologiques courants; s'il ne possède pas les installations nécessaires, il doit pouvoir pratiquer immédiatement, à tout moment, tous les prélèvements courants et avoir passé une convention avec un autre établissement de santé ou un laboratoire d'analyses médicales qui lui garantisse la réalisation immédiate de tous les examens et analyses courants, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année et l'envoi sans délai des résultats. >>

Art. 2.

- L'obligation de détenir une qualification universitaire faite par les articles D. 712-53 et D. 712-61 du code de la santé publique aux médecins responsables d'un service d'accueil et de traitement des urgences ou d'une antenne d'accueil, de traitement ou d'orientation des urgences entrera en vigueur à l'expiration d'un délai de cinq ans courant à compter de la date de publication du présent décret.

Art. 3.

- A titre transitoire, les conditions techniques de fonctionnement applicables au service mobile d'urgence et de réanimation mentionné au 2 de l'article R. 712-63 du code de la santé publique sont celles qui sont exigées pour l'agrément relatif aux transports sanitaires terrestres

effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, prévues aux articles L. 51-2 et L. 51-3 du même code et fixées par le décret du 30 novembre 1987 susvisé relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres, notamment ses articles 4 à 7 et son article 9.

Art. 4.

- L'article D. 712-15 du code de la santé publique est complété par un 8o ainsi rédigé: << 8o Accueil et traitement des urgences, lorsque cette activité de soins est exercée sous forme d'un pôle spécialisé défini par l'article R. 712-66 ou dans les conditions dérogatoires prévues à l'article R. 712-69. >>

Art. 5.

- Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé, porte-parole du Gouvernement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°97-616 du 30 mai 1997 : conditions techniques de fonctionnement pour l'accueil et traitement des urgences

Art. 1er.

- Au II de l'article D. 712-15 du code de la santé publique, le 8o est supprimé.

Art. 2.

- Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), titre Ier, chapitre II, section III, sous-section III, dans l'intitulé du paragraphe 2 et dans les articles D. 712-61, D. 712-62, D. 712-63, D. 712-64 et D. 712-65, le mot : << antenne >> est remplacé par les mots : << unité de proximité >>.

Art. 3.

- Après l'article D. 712-65 du même code, il est inséré un paragraphe 3 intitulé : << Dispositions communes >> et comportant les articles suivants : << Art. D. 712-65-1. - L'établissement doit également assurer la présence d'un psychiatre dans le service d'accueil et

de traitement des urgences vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, lorsque l'analyse de l'activité du service fait apparaître que la nature et la fréquence habituelle des urgences comportant des aspects psychiatriques le nécessitent. Dans les autres cas, l'équipe médicale du service doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment. << L'équipe médicale de l'unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences, prévue à l'article D. 712-62, doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment. << Art. D. 712-65-2. - Outre les membres mentionnés aux articles D. 712-55 et D. 712-63, l'équipe paramédicale du service d'accueil et de traitement des urgences et celle de l'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences comprennent, en tant que de besoin, au moins un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie ; à défaut, elles doivent pouvoir en faire venir un sans délai. << Art. D. 712-65-3. - Tout établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences ou d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences doit avoir conclu une convention avec les établissements assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales auxquels sont rattachés les secteurs psychiatriques existant dans l'aire d'attraction géographique du service d'accueil et de traitement des urgences ou de l'unité de proximité. Cette convention précise les modalités de participation des psychiatres de ces derniers établissements au fonctionnement du service d'accueil des urgences ou de l'unité de proximité, notamment pour la réalisation des conditions prévues aux deux articles précédents. Les dispositions de cette convention peuvent être insérées dans la convention constitutive d'un réseau de soins prévue à l'article L. 712-3-2. << Art. D. 712-65-4. - Lorsque l'état du patient exige qu'il soit pris en charge par un établissement de santé exerçant la psychiatrie, le service d'accueil et de traitement des urgences ou l'unité de proximité l'oriente et, s'il y a lieu, le fait transférer sans délai vers les services ou équipements, mentionnés à l'article L. 711-11, mis à la disposition de la population dans le secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence, sous réserve des dispositions du second alinéa de l'article L. 326-1 et de celles de l'article L. 331. << La convention prévue à l'article D. 712-65-3 règle en tant que de besoin les conditions dans lesquelles est assurée cette orientation. >>

Art. 4.

- Les dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 712-54, de l'article D. 712-59, du deuxième alinéa de l'article D. 712-62 et deuxième alinéa de l'article D. 712-63 du même code sont abrogées.

Art. 5.

- A l'article 2 du décret du 9 mai 1995 susvisé, le mot : << antenne >> est remplacé par les mots : << unité de proximité >>.

Art. 6.

- Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°97-620 du 30 mai 1997 : conditions techniques de mise en œuvre des SMUR

Art. 1er.

- Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), titre Ier, chapitre II, section 3, sous-section 3, il est inséré un paragraphe 3 ainsi rédigé : << Paragraphe 3 << Services mobiles d'urgence et de réanimation << Art. D. 712-66. - Lorsque l'établissement autorisé à faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation comporte un service d'aide médicale urgente appelé SAMU, le SAMU et le service mobile d'urgence et de réanimation sont placés sous une autorité médicale unique. << Art. D. 712-67. - Le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation doit répondre aux conditions d'exercice fixées par l'article L. 356 du présent code, et avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans le domaine de l'urgence et de la réanimation. << Art. D. 712-68. - Pour être autorisé à mettre en œuvre un service mobile d'urgence et de réanimation, un établissement doit disposer d'un effectif de médecins, d'infirmiers diplômés d'Etat et, en tant que de besoin, d'infirmiers ayant acquis une expérience professionnelle de psychiatrie, suffisant pour assurer de jour comme de nuit les missions mentionnées à l'article R. 712-71-1 du code de la santé publique. << Art. D. 712-69. - Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale du service mobile d'urgence et de réanimation ne peut comprendre que des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, des praticiens adjoints contractuels, des assistants, des attachés, des médecins contractuels. Pour les besoins du service, il peut également être fait appel à des internes de spécialité médicale, chirurgicale ou psychiatrique ayant validé quatre semestres. << Art. D. 712-70. - Tous les médecins

participant aux équipes médicales des services mobiles d'urgence et de réanimation doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans le domaine de l'urgence et de la réanimation. Les internes appelés à intervenir aux côtés de ces équipes doivent satisfaire aux mêmes obligations. Des étudiants en médecine, des résidents ou des internes ne remplissant pas les conditions précédemment mentionnées, accomplissant un stage ou une partie de leur formation dans un service mobile d'urgence et de réanimation, peuvent toutefois accompagner les équipes. << Art. D. 712-71. - Lors de chaque intervention, la composition de l'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation est déterminée par le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation, en liaison avec le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente auquel l'appel est parvenu. Cette équipe comprend au moins deux personnes, dont le responsable médical de l'intervention. Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier. << Art. D. 712-72. - L'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation dispose de moyens de télécommunications lui permettant d'informer à tout moment le centre "15" du SAMU du déroulement de l'intervention en cours. << Art. D. 712-73. - Pour être autorisé à faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation, un établissement de santé doit disposer des véhicules nécessaires au transport des patients, de l'équipe médicale et de son matériel, ainsi que des personnels nécessaires à l'utilisation de ces véhicules : ambulanciers titulaires du certificat de capacité d'ambulancier, conducteurs et pilotes. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des véhicules ainsi que leurs conditions d'utilisation. << Les véhicules et les personnels mentionnés à l'alinéa précédent peuvent être mis à la disposition de l'établissement considéré, dans le cadre de conventions conclues avec des organismes publics ou privés. Ces conventions n'entrent en application qu'après l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. << Art. D. 712-74. - Le service mobile d'urgence et de réanimation doit notamment disposer : << 1o D'une salle de permanence ; << 2o De moyens de télécommunications lui permettant de recevoir les appels du SAMU, d'entrer en contact avec ses propres équipes d'intervention et d'informer le SAMU ; << 3o D'un garage destiné aux moyens de transports terrestres et aux véhicules de liaison ; << 4o D'une salle de stockage des matériels ; << 5o D'un local fermant à clef permettant d'entreposer et de conserver des médicaments. >>

Art. 2.

- Le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'intérieur et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 : obstétrique néonatalogie réanimation néonatale

Art. 1er.

- L'article R. 712-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- au 3 du I, le mot : « obstétrique » est remplacé par le terme : « gynécologie-obstétrique » ;
- au 9 du III, les mots : « néonatalogie et réanimation néonatale » sont remplacés par les mots : « obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ».

Art. 2.

- Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), titre Ier, chapitre II, section IV, est insérée, après l'article R. 712-83, une sous-section II ainsi rédigée :

« Sous-section II

« Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

« Art. R. 712-84. - Les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site, soit une unité d'obstétrique, soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale.

« Art. R. 712-85. - I. - Afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique :

« 1. Participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;

« 2. Assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle

survenance ;

« 3. Assurent le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.

« II. - La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

« III. - La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

« Art. R. 712-86. - Les unités citées à l'article R. 712-84 exercent les missions suivantes :

« I. - L'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

« II. - L'unité de néonatalogie assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au II de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatalogie. Si l'unité de néonatalogie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou un établissement aptes à délivrer les soins appropriés.

« III. - L'unité de réanimation néonatale assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au III de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement. Cette unité doit être associée à un secteur de soins intensifs de néonatalogie sur le même site.

« Art. R. 712-87. - Seuls les établissements de santé dispensant les soins mentionnés au a du 1 de l'article L. 711-2 peuvent être autorisés, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, à exercer les activités de soins relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.

« I. - L'obstétrique s'exerce dans des installations autorisées en gynécologie-obstétrique.

« Lorsqu'un établissement ayant une unité d'obstétrique ne dispose pas d'une unité de réanimation d'adultes, il passe une convention, soumise à l'approbation du directeur de

l'agence régionale de l'hospitalisation, avec un établissement comportant une telle unité. Tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique et traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés dispose d'une unité de réanimation d'adultes permettant d'y accueillir la mère en cas d'urgence et d'une unité de réanimation néonatale.

« II. - La néonatalogie s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Toute unité de néonatalogie constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de pédiatrie.

« III. - La réanimation néonatale s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Elle ne peut être pratiquée que si l'établissement de santé comprend sur le même site une unité de néonatalogie autorisée dont une partie des installations est affectée aux soins intensifs de néonatalogie. Toute unité de réanimation néonatale constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique.

« Art. R. 712-88. - L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population.

« Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales sous l'appellation de "centre périnatal de proximité", en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations pré et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Art. R. 712-89. - I. - Le schéma régional d'organisation sanitaire fixe des objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale et l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transfert des enfants entre les unités mentionnées à l'article R. 712-84.

« II. - Lorsqu'un établissement ne disposant pas des trois unités mentionnées à l'article R. 712-84 n'adhère pas à un réseau de soins constitué en application de l'article L. 712-3-2, le

directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation invite l'établissement à passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé possédant les unités dont il ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et de préciser les transmissions d'informations.

« Ces conventions sont établies et signées par les représentants des établissements après avis des organes représentatifs mentionnés aux articles L. 714-16, L. 714-17, ou après avis de la commission médicale prévue à l'article L. 715-8 ou avis de la conférence médicale prévue à l'article L. 715-12. Elles sont soumises à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et n'entrent en vigueur qu'après cette approbation.

« III. - Le dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation prévu à l'article R. 712-40 devra faire apparaître si l'établissement a adhéré à un réseau de soins ou a passé convention avec un ou plusieurs autres établissements dans les conditions mentionnées au II du présent article . »

Art. 3.

- Les schémas régionaux d'organisation sanitaire en vigueur à la date de publication du présent décret devront, pour ce qui concerne l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale, être révisés dans un délai d'un an à compter de cette date, afin de tenir compte des dispositions des articles R. 712-84 à R. 712-89 du code de la santé publique.

Art. 4.

- Les établissements souhaitant exercer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale prévues au III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique devront, en application de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1991 susvisée, demander l'autorisation prévue à l'article R. 712-87 du même code.

La première période pendant laquelle les établissements de santé devront déposer les demandes d'autorisations mentionnées à l'article R. 712-87 de ce code sera ouverte, par dérogation aux dispositions de l'article R. 712-39, par arrêté du ministre chargé de la santé au terme du délai prévu à l'article 3 ci-dessus pour la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette période sera de six mois. La date de clôture de cette période fait courir le délai de six mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 712-16.

Art. 5.

- Les autorisations prévues à l'article R. 712-87 du code de la santé publique pourront être accordées à un établissement de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale à la date d'ouverture de la période prévue au dernier alinéa de l'article 4 ci-dessus et ne satisfaisant pas encore aux conditions techniques de fonctionnement prévues par le décret pris pour l'application du 3o de l'article L. 712-9, à condition que cet établissement se mette en conformité avec lesdites conditions techniques dans un délai de trois ans courant à compter de la date de notification des autorisations. Ce délai peut être porté à cinq ans pour la mise aux normes des locaux, lorsque celle-ci nécessite un regroupement de sites.

Art. 6.

- Les articles 8 et 10 du décret du 7 août 1975 susvisés sont abrogés.
Toutefois, les établissements de santé privés doivent satisfaire aux conditions prévues par ces articles jusqu'à ce qu'ils se soient mis en conformité selon les modalités fixées à l'article 5 ci-dessus avec les dispositions du décret pris pour l'application du 3o de l'article L. 712-9 du code de la santé publique.

Art. 7.

- La ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°02-465 du 5 avril 2002 : réanimation

Art. 1er.

- I. - L'article R. 712-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Au I, il est ajouté un 7 ainsi rédigé :

« 7. Réanimation ».

II. - L'article R. 712-7 du même code est ainsi modifié :

1. Le b du 1 est ainsi rédigé :

« b) Pour l'activité de soins visée au 5o du III de l'article R. 712-2 ; »

2. Le a du 3 est ainsi rédigé :

« a) Pour la réanimation et les soins de suite et de réadaptation ; »

3. Le c du 3 est ainsi rédigé :

« c) Pour les activités de soins énumérées aux 6o à 10o, à l'exception dans le 9o de l'activité obstétrique qui s'apprécie au niveau du secteur sanitaire, et au 12o du III de l'article R. 712-2.»

III. - L'article R. 712-48 du même code est ainsi modifié :

Au I, il est inséré un d ainsi rédigé :

« d) Les installations correspondant à la discipline mentionnée au 7 du I de l'article R. 712-2.»

Art. 2.

- Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), titre Ier, chapitre II, section IV, est insérée, après l'article R. 712-89, une sous-section 3 ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« Réanimation

« Art. R. 712-90. - Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

« Art. R. 712-91. - L'activité de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité.

« Art. R. 712-92. - L'unité de réanimation est organisée :

« 1o Dans les établissements publics de santé, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération ;

« 2o Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée.

« Art. R. 712-93. - L'unité de réanimation comporte au minimum huit lits. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant la réanimation impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut fixer cette capacité minimale à six lits.

« Art. R. 712-94. - L'autorisation prévue par le 3o de l'article L. 6122-1 nécessaire à un établissement de santé pour exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au b du III

de l'article R. 712-2 ne peut lui être accordée que :

« a) S'il dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie ou d'installations de chirurgie. Toutefois, à titre dérogatoire, l'autorisation d'exercer l'activité de soins de réanimation peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant que d'installations de médecine en hospitalisation complète s'il a conclu avec un ou plusieurs établissements de santé disposant d'installations de chirurgie une convention organisant le transfert des patients dans ces établissements ;

« b) S'il comporte au moins une unité de surveillance continue ;

« c) S'il est en mesure soit d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, soit de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé une convention.

« Art. R. 712-95. - Les unités de réanimation :

« a) Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients visés à l'article R. 712-90 ;

« b) Assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients. »

Art. 3.

- Les schémas régionaux d'organisation sanitaire en vigueur à la date de la publication du présent décret devront être révisés, en ce qui concerne la réanimation, dans un délai de dix-huit mois à compter de cette date afin de tenir compte des dispositions des articles R. 712-90 à R. 712-95 du code de la santé publique.

Art. 4.

- Tout établissement souhaitant exercer ou continuer à exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au 6 du III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique est tenu de solliciter l'autorisation prévue par le 3o de l'article L. 6122-1 du même code. La première période pendant laquelle les établissements de santé devront déposer des demandes d'autorisation mentionnées à l'article R. 712-38 de ce code sera ouverte, par dérogation aux dispositions de l'article R. 712-39 du même code, par arrêté du ministre chargé de la santé au

terme du délai prévu à l'article 3 ci-dessus pour la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette période sera de six mois. La date de clôture de cette période fait courir le délai de six mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 6122-10 de ce code.

Art. 5.

- L'autorisation nécessaire pour exercer l'activité de soins de réanimation pourra être accordée à un établissement de santé pratiquant la réanimation à la date d'ouverture de la période prévue à l'article 4 ci-dessus et ne satisfaisant pas encore aux dispositions des articles R. 712-90 à R. 712-95 du code de la santé publique à condition que cet établissement se mette en conformité avec ces dispositions dans un délai de cinq ans à compter de la date de publication du présent décret.

Art. 6.

- Les unités de réanimation spécialisées en activité médicale ou chirurgicale et rattachées à des services de médecine ou de chirurgie à la date de publication du présent décret pourront obtenir l'autorisation mentionnée à l'article R. 712-94 du code de la santé publique dans les conditions énoncées ci-après:

1o Pour les unités de réanimation spécialisées en activité médicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service de médecine agréé pour la formation pratique du diplôme d'études spécialisées de réanimation médicale ;

2o Pour les unités de réanimation spécialisées en activité chirurgicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service ou à un département de chirurgie et placées sous la responsabilité d'un médecin répondant aux conditions énumérées au 1o de l'article D. 712-108 du code de la santé publique et désigné avec l'accord conjoint des chefs de service ou de département de chirurgie et d'anesthésie-réanimation concernés.

Art. 7.

- La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°06-576 du 22 mai 2006 : médecine d'urgence

Article 1

A la section 4 du chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, le 14° de l'article R. 6122-25 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 14° Médecine d'urgence ».

Article 2

La section 1 du chapitre III du titre II du livre Ier de la sixième partie du même code est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 1

« Médecine d'urgence

« Sous-section 1

« Autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence

« Art. R. 6123-1. - L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence mentionnée au 14° de l'article R. 6122-25 est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

« 1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 ;

« 2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;

« 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

« L'autorisation donnée par l'agence régionale de l'hospitalisation précise la ou les modalités d'exercice de l'activité autorisée.

« Art. R. 6123-2. - L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences ou s'il obtient simultanément cette autorisation.

« Art. R. 6123-3. - L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences pédiatriques ou s'il obtient simultanément cette autorisation.

« Art. R. 6123-4. - Pour faire face à une situation particulière, un établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 peut être autorisé à faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation saisonnière.

« Art. R. 6123-5. - A titre exceptionnel, lorsque la situation locale le justifie, un établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 2° de l'article R. 6123-1 peut être autorisé, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, à mettre en place, hors de l'établissement, des moyens destinés à faire fonctionner, de façon temporaire ou permanente, une antenne de la structure mobile d'urgence et de réanimation.

« Art. R. 6123-6. - L'autorisation d'exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il satisfait aux conditions suivantes :

« 1° Disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine ;

« 2° Disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26.

« Art. R. 6123-7. - Un établissement de santé peut être autorisé à prendre en charge de façon exclusive les enfants malades ou blessés dans une structure des urgences pédiatriques mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1.

« Art. R. 6123-8. - Un établissement de santé peut, compte tenu d'une situation particulière, être autorisé à faire fonctionner une structure des urgences une partie de l'année seulement, à condition que les modalités de prise en charge des patients par un autre établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 soient organisées dans le cadre du réseau prévu à l'article R. 6123-26.

« Art. R. 6123-9. - Un établissement de santé dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé peut être autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1, à condition qu'il participe à une fédération médicale inter hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire afin de constituer une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité.

« Art. R. 6123-10. - Sans préjudice des dispositions de l'article R. 6123-32-9, les dispositions de la présente section ne s'appliquent pas aux établissements de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 3211-1 et à l'article L. 3222-1, qui accueillent en permanence des patients présentant des troubles mentaux.

« Art. R. 6123-11. - Sans préjudice des dispositions de l'article R. 6123-32-7, les dispositions de la présente section ne s'appliquent pas aux établissements de santé assurant en permanence l'accueil et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

« Art. R. 6123-12. - Les dispositions de la présente section ne font pas obstacle à ce que l'établissement de santé qui n'a pas l'autorisation d'exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 réponde aux obligations générales de secours et de soins aux personnes en danger qui s'adressent à lui et :

« 1° Dispense des soins immédiats à un patient qui se présente aux heures d'ouverture de ses consultations et, s'il y a lieu, l'adresse ou le fait transférer, après régulation par le SAMU, dans un établissement de santé ayant l'autorisation d'exercer cette activité ;

« 2° Dispense des soins non programmés à tout patient qui lui est adressé par un médecin libéral exerçant en cabinet, après examen et consentement du patient, lorsqu'un accord préalable direct a été donné par le médecin de l'établissement qui sera appelé à dispenser les soins nécessaires ;

« 3° Dispense des soins non programmés à tout patient qui lui est adressé par le SAMU lorsqu'un accord préalable à l'accueil dans l'établissement a été donné.

« Sous-section 2

« Régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente

« Art. R. 6123-13. - Un établissement de santé ne peut être autorisé à exercer l'activité mentionnée au 1° de l'article R. 6123-1 que s'il satisfait en outre aux conditions fixées aux articles R. 6311-1 à R. 6311-13.

« Sous-section 3

« Prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation

« Art. R. 6123-14. - L'implantation des SMUR mentionnées au 2° de l'article R. 6123-1 est déterminée par le schéma régional d'organisation sanitaire et permet d'assurer la couverture du territoire.

« Art. R. 6123-15. - Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R. 6123-1 a pour mission :

« 1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

« 2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise

en charge médicale pendant le trajet.

« Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend un médecin.

« Art. R. 6123-16. - Les interventions des SMUR et celles des antennes de SMUR mentionnées à l'article R. 6123-5 sont déclenchées et coordonnées par le SAMU.

« L'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours.

« Art. R. 6123-17. - Les modalités de coopération entre les SAMU et les SMUR ainsi que les zones et les modalités d'intervention de ces dernières sont précisées dans une convention ou dans la convention du réseau mentionnée à l'article R. 6123-29.

« Cette convention précise les conditions dans lesquelles les membres des équipes des SMUR peuvent participer au fonctionnement du SAMU, et notamment à la régulation médicale et au fonctionnement de la structure des urgences.

« Sous-section 4

« Prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences

« Paragraphe 1

« Structure des urgences

« Art. R. 6123-18. - Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU.

« Art. R. 6123-19. - Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas :

« 1° Au sein de la structure des urgences ;

« 2° Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ;

« 3° Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-9 ;

« 4° En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;

« 5° En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;

« 6° En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation.

« Art. R. 6123-20. - L'établissement organise l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge par la structure des urgences vers une autre structure de soins ou vers une structure sociale ou vers une structure médico-sociale, selon des protocoles préalablement définis entre les responsables de ces structures.

« Cette organisation fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés, qui précise les modalités et les conditions d'orientation du patient, ainsi que les modalités de son évaluation médicale et administrative régulière.

« Art. R. 6123-21. - L'établissement organise la coordination de la prise en charge du patient entre la structure des urgences et les autres structures de soins de courte durée ou de suite de l'établissement lorsqu'il en est pourvu, ou, dans le cas contraire, d'un autre établissement.

« A cette fin, les établissements assurent la disponibilité de leurs lits d'hospitalisation, y compris ceux de leur unité d'hospitalisation de courte durée, par l'organisation de la gestion de leurs capacités d'hospitalisation ou la sortie des patients dès que leur état le permet.

« Art. R. 6123-22. - A la sortie du patient de la structure des urgences, l'établissement propose qu'une prise en charge sanitaire et sociale adaptée soit organisée immédiatement, ou de manière différée si le patient le souhaite ou si son état le nécessite.

« A la demande du patient ou lorsque celui-ci lui est adressé par un médecin traitant, la structure des urgences informe ce dernier du passage du patient dans la structure et lui transmet les informations utiles à la continuité de la prise en charge du patient.

« Art. R. 6123-23. - L'établissement tient dans la structure des urgences un registre chronologique continu sur lequel figurent l'identité des patients accueillis, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors de la structure des urgences. Ce registre est informatisé.

« Art. R. 6123-24. - Une fiche, dont le modèle est arrêté par le ministre chargé de la santé, est établie par la structure des urgences et transmise au directeur d'établissement pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients.

« Le règlement intérieur de l'établissement prévoit les modalités d'exploitation de ces fiches.

« Art. R. 6123-25. - Seuls les établissements de santé autorisés à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 portent à la connaissance du public le fait qu'ils accueillent les urgences et affichent un panneau "urgences.

« S'il s'agit d'un établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences une partie de l'année seulement, les périodes de fonctionnement doivent être indiquées.

« Seuls les établissements de santé autorisés à faire fonctionner une structure des urgences pédiatriques affichent un panneau "urgences pédiatriques.

« Paragraphe 2

« Réseau de prise en charge des urgences

« Art. R. 6123-26. - L'établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 met en place ou participe à un réseau avec d'autres établissements de santé publics et privés.

« Ce réseau contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens.

« Art. R. 6123-27. - Le réseau couvre un espace infra-régional, régional ou interrégional. Il peut également organiser, conformément à l'article L. 6134-1, des actions de coopération internationale avec des territoires frontaliers.

« Art. R. 6123-28. - Le réseau peut également comprendre :

« 1° Les professionnels de la médecine de ville, notamment les médecins participant à la permanence des soins ;

« 2° Les médecins intervenant à la demande du SAMU, y compris les médecins correspondants du SAMU dont les missions et le cadre d'intervention sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé ;

« 3° Les officines de pharmacie ;

« 4° Des établissements sociaux et médico-sociaux, en particulier des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« Art. R. 6123-29. - Une convention constitutive du réseau précise notamment les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques spécifiques pour lesquels les établissements membres s'engagent à accueillir et à prendre en charge les patients qui leur sont adressés par le SAMU ou par la structure des urgences.

« Cette convention est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, qui veille à la cohérence des réseaux définis au sein de la région et à leur articulation avec ceux des régions limitrophes.

« Art. R. 6123-30. - En cas de suspension de la convention, de sa dénonciation par un membre, ou d'exclusion d'un membre du réseau, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en est informé.

« Art. R. 6123-31. - La convention prévoit le suivi régulier des engagements des membres du réseau et la transmission de leur évaluation annuelle au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Art. R. 6123-32. - La participation de l'établissement de santé au réseau de prise en charge des urgences est inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1. Ce contrat fixe les modalités de cette participation.

« Sous-section 5

« Prises en charge spécifiques

« Paragraphe 1

« Accès direct à un plateau technique spécialisé

« Art. R. 6123-32-1. - Lorsque le patient nécessite une prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée dans un très bref délai et que son pronostic vital ou fonctionnel est engagé, il est directement orienté, par le SAMU ou en liaison avec ce dernier, vers le plateau technique adapté à son état.

« Art. R. 6123-32-2. - L'établissement de santé qui dispose d'un plateau technique lui permettant d'assurer sur un site unique et de façon hautement spécialisée la prise en charge mentionnée à l'article R. 6123-32-1 peut signer une convention avec un établissement de santé autorisé à exercer une activité mentionnée à l'article R. 6123-1, visant à accueillir et à prendre en charge en permanence les patients relevant de l'activité pour laquelle il est spécialisé.

« Art. R. 6123-32-3. - Les modalités selon lesquelles les patients relevant de l'activité spécialisée mentionnée à l'article R. 6123-32-1 sont orientés vers l'établissement mentionné à l'article R. 6123-32-2 et les modalités selon lesquelles ce dernier les prend en charge sont fixées par une convention particulière ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26.

« La convention prévoit les modalités de suivi et d'évaluation régulière de ces prises en charge, qui font l'objet d'un rapport transmis chaque année à l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Art. R. 6123-32-4. - L'établissement mentionné à l'article R. 6123-32-2 ayant signé la convention mentionnée à cet article conclut avec l'établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 une convention fixant les modalités selon lesquelles les patients qui ne relèvent pas de l'activité pour laquelle il est spécialisé sont orientés et pris en charge par ce dernier. Cette convention peut être annexée à la convention du réseau mentionnée à l'article R. 6123-29.

« Si c'est nécessaire, il assure ou fait assurer le transfert du patient vers l'autre établissement,

éventuellement en liaison avec le SAMU.

« Art. R. 6123-32-5. - L'établissement mentionné à l'article R. 6123-32-2 ayant signé la convention mentionnée à cet article porte à la connaissance du public le fait qu'il assure une prise en charge permanente des patients relevant de l'activité pour laquelle il est spécialisé.

« Art. R. 6123-32-6. - Le schéma régional d'organisation sanitaire précise les activités spécialisées impliquant une prise en charge directe des patients et prévoit leur implantation sur le territoire de santé.

« La participation d'un établissement à ces prises en charge directes est inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1. Ce contrat fixe les modalités de cette participation.

« Paragraphe 2

« Prise en charge des enfants

« Art. R. 6123-32-7. - Lorsqu'elle n'a pas lieu dans une structure des urgences pédiatriques mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1, la prise en charge des enfants dans une structure des urgences est organisée en collaboration avec une structure de pédiatrie située ou non dans l'établissement autorisé à la faire fonctionner ou avec les spécialistes concernés d'un établissement de santé privé, selon une filière d'accueil et de soins séparée.

« Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés de manière à permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé.

« L'organisation est adaptée pour favoriser la présence des proches, et notamment des parents, auprès des enfants pris en charge.

« Paragraphe 3

« Prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie

« Art. R. 6123-32-8. - La prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie du fait de leur poly pathologie et de leur risque de dépendance est assurée :

« 1° En priorité, sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, en admission directe dans une structure de médecine gériatrique aiguë ;

« 2° En l'absence d'une telle structure, et sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, dans toute structure de spécialité correspondant à la pathologie aiguë du patient ;

« 3° Ou dans la structure des urgences lorsque l'état de santé du patient l'exige.

« Lorsque la prise en charge est assurée selon l'une des deux dernières modalités, il doit pouvoir être fait appel à un gériatre ou à un médecin formé à la prise en charge des personnes âgées, en vue d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient.

« Paragraphe 4

« Prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques

« Art. R. 6123-32-9. - L'établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 organise la prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques se présentant dans la structure des urgences :

« 1° Avec sa structure de psychiatrie, lorsqu'il est autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25 ;

« 2° Avec un autre établissement de santé autorisé à exercer cette activité dans le cas contraire.

« Sous-section 6

« Autres dispositions

« Art. R. 6123-32-10. - L'établissement de santé titulaire de l'autorisation prévue à l'article R. 6123-1 :

« 1° Contribue à l'évaluation et au développement de la connaissance de la médecine d'urgence pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ;

« 2° Apporte, en lien avec les centres d'enseignement des soins d'urgence, mis en place le cas échéant pour assurer les missions prévues à l'article R. 6311-5, son concours à la formation des professionnels de santé, des ambulanciers, des secouristes et de tout personnel dont la profession requiert une telle formation ;

« 3° Participe à la veille et à l'alerte sanitaires à partir des informations extraites du système d'information des structures de médecine d'urgence, en lien avec l'Institut de veille sanitaire mentionné à l'article L. 1413-2 ;

« 4° Participe aux actions de prévention et d'éducation à la santé.

« Art. R. 6123-32-11. - L'établissement de santé titulaire de l'autorisation prévue à l'article R. 6123-1 participe, en fonction de ses moyens, aux travaux d'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours mentionnés à l'article 14 de la loi no 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.

« Les SAMU et les SMUR participent, à la demande du préfet, à la préparation et à la prise en charge de la couverture médicale préventive des grands rassemblements de population. »

Article 3

A la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III de la sixième partie du même code, il est créé une sous-section 4 ainsi rédigée :

« Sous-section 4

« Transport sanitaire infirmier inter hospitalier

« Art. R. 6312-28-1. - Le transport infirmier inter hospitalier est organisé par les établissements de santé et réalisé soit par leurs moyens propres agréés, soit par des conventions avec des entreprises de transport sanitaire.

« Il est assuré, en liaison avec le SAMU, par une équipe composée d'un conducteur ou d'un pilote titulaire du titre délivré par le ministre chargé de la santé, et d'un infirmier qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 4311-7.

« Cette équipe peut être placée sous l'autorité d'un médecin responsable d'une structure de médecine d'urgence.

« L'organisation et le fonctionnement des transports infirmiers inter hospitaliers font l'objet d'une évaluation annuelle. »

Article 4

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. - Au 13° de l'article R. 3221-8 et au 11° de l'article R. 3811-3, les mots : « dans un service d'accueil et de traitement des urgences ou dans une unité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences » sont remplacés par les mots : « dans une structure des urgences »

II. - A l'article R. 6123-73, les mots : « les services d'accueil et de traitement des urgences » sont remplacés par les mots : « les structures des urgences » ;

III. - Au 2° de l'article R. 5132-112, les mots : « services d'urgence » sont remplacés par les mots : « structures des urgences » ;

IV. - Au j du 3° de l'article R. 6313-1, les mots : « dans les services d'urgence hospitaliers » sont remplacés par les mots : « dans les structures des urgences hospitalières ».

TITRE III

DISPOSITIONS D'ENTRÉE EN VIGUEUR

Article 6

Les établissements de santé qui, à la date de publication du présent décret, exercent l'activité de soins mentionnée au 14° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure au présent décret, et les établissements qui, à la même date, font fonctionner un service d'aide médicale urgente appelé SAMU doivent demander l'autorisation d'exercer l'activité de médecine d'urgence mentionnée à l'article R. 6122-25 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, dans un délai de six mois suivant la date de publication des dispositions du schéma régional d'organisation sanitaire applicables à cette activité de soins, et au plus tard le 30 septembre 2006.

Cette autorisation peut leur être accordée à condition qu'ils se mettent, dans un délai de deux ans à compter de la date de notification de l'autorisation, en conformité avec les dispositions des articles R. 6123-1 à R. 6123-32-11 du même code, dans leur rédaction issue du présent décret, ainsi qu'avec les conditions techniques de fonctionnement fixées en application de l'article L. 6124-1 du même code.

Ces établissements peuvent poursuivre l'activité pour laquelle ils sont autorisés jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande.

Les contrats-relais conclus en application de l'article R. 6123-7 du même code, dans sa rédaction antérieure au présent décret, sont maintenus en vigueur jusqu'à l'approbation par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de la convention constitutive du réseau mentionnée à l'article R. 6123-29 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret.

Article 7

Le schéma d'organisation sanitaire applicable à Mayotte sera révisé dans les trois ans suivant la date de la publication du présent décret, pour tenir compte des dispositions de celui-ci.

Article 8

Les établissements de santé de Mayotte disposent d'un délai de trois ans, à compter de la date de la publication du présent décret, pour solliciter l'autorisation d'exercer les activités mentionnées au 3° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret.

Article 9

Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°10-656 du 11 juin 2010 : pôles d'activité

Article 1

Les sections 1 et 2 du chapitre VI du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Section I

« Les pôles d'activité clinique et médico-technique

« Sous-section 1

« Nomination des chefs de pôle

« Art.D. 6146-1. — Dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires, les chefs de pôle sont nommés par le directeur pour une période de quatre ans renouvelable.

« Art.R. 6146-2. — Le directeur nomme les chefs de pôle clinique ou médico-technique sur présentation d'une liste de propositions établie, dans les centres hospitaliers, par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement, conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

« Art.R. 6146-3. — Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du directeur après avis, pour les centres hospitaliers, du président de la commission médicale d'établissement et, pour les centres hospitaliers universitaires, du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Sous-section 2

« Nomination des responsables de structure interne, service et unité fonctionnelle

« Art.R. 6146-4. — Dans les centres hospitaliers et les centres hospitalo-universitaires, les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle,

après avis du président de la commission médicale d'établissement, selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

« Art.R. 6146-5. — Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

« Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

« Sous-section 3

« Conditions d'exercice des fonctions de chef de pôle

« Art.R. 6146-6. — Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art.R. 6146-7. — Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

« Cette indemnité n'est pas assujettie aux cotisations du régime de retraite complémentaire institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques.

« Sous-section 4

« Contrat et projet de pôle

« Art.R. 6146-8. — I. — Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

« II. — Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

« 1° Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;

« 2° Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;

« 3° Dépenses à caractère hôtelier ;

« 4° Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;

« 5° Dépenses de formation de personnel.

« III. — Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

« 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;

« 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;

« 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;

« 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;

« 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;

« 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;

« 7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

« Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

« IV. — Il est conclu pour une période de quatre ans.

« Art.R. 6146-9. — Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

« Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

« Art.R. 6146-9-1. — Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel. »

Article 2

Les personnes exerçant les fonctions de responsable de pôle à la date de publication du présent décret sont réputées avoir la qualité de chef de pôle jusqu'à la fin de leur mandat.

Les personnes exerçant à la même date les fonctions de chef de service, responsable de structure interne ou d'unité fonctionnelle d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique sont réputées avoir la qualité de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle jusqu'à la fin de leur mandat.

Les directeurs d'établissement et les chefs de pôle concluent, six mois après la publication du présent décret, un contrat de pôle dans les conditions prévues à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction ou un avenant au contrat de pôle existant.

Dans le délai de trois mois après la conclusion du contrat de pôle, les chefs de pôle élaborent un projet de pôle dans les conditions prévues à l'article R. 6146-9 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction.

Article 3

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 : modalités d'organisation de la permanence des soins

Article 1

Au chapitre V du titre Ier du livre III du code de la santé publique, les articles R. 6315-1 à R. 6315-6 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art.R. 6315-1.-La mission de permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

« 1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;

« 2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;

« 3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

« A cette fin, la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional mentionné à l'article R. 6315-6.

« La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

« Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique

clinique. Le conseil départemental de l'ordre des médecins atteste de la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'agence régionale de santé. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'agence régionale de santé, transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

« En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé.

« Art.R. 6315-2.-I. — Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois.

« Ce tableau précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin. Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins concerné. Le conseil départemental de l'ordre des médecins vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

« Toute modification de ce tableau est communiquée au conseil départemental dans les plus brefs délais.

« II. — Si le médecin intervient dans le cadre d'une association de permanence de soins, celle-ci communique au conseil départemental et met à jour régulièrement la liste nominative des médecins susceptibles de participer à cette permanence au titre de l'association. Dans un délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde, l'association transmet au conseil départemental la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire.

« Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le conseil départemental au directeur général de l'agence régionale de santé, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, aux services d'aide médicale urgente, aux médecins et associations de permanence des soins concernés ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie. Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais.

« Art.R. 6315-3.-L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente. Les médecins libéraux volontaires y participent dans des conditions définies par le cahier des charges mentionné à l'article R.

6315-6. Lorsque le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente.

« L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Cette convention respecte le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6.

« Les appels traités dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions mentionnées au troisième alinéa de l'article R. 6315-5, sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la santé.

« Art.R. 6315-4.-Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat.

« En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de garde, sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins, des représentants des médecins des centres de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de garde reste incomplet, le conseil départemental de l'ordre des médecins adresse un rapport au directeur général de l'agence régionale de santé. Ce rapport fait état des avis recueillis et dresse la liste des médecins susceptibles d'exercer la permanence des soins, dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques professionnelles sont précisées.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique ces éléments au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, afin que celui-ci procède, le cas échéant, aux réquisitions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 6314-1.

« Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

« Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au directeur général de l'agence régionale de santé par le conseil départemental qui la communique au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police.

« Art.R. 6315-5.-Le médecin régulateur, exerçant dans les conditions définies à l'article R.

6315-3, décide de la réponse adaptée à la demande de soins.

« L'agence régionale de santé détermine les conditions dans lesquelles le transport des patients vers un lieu de consultation peut être organisé lorsqu'ils ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens.

« En dehors des cas relevant de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur peut donner des conseils médicaux, notamment thérapeutiques, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone. Il peut également procéder à une telle prescription lors de situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription antérieure. Lorsque la prescription nécessite l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci est adressée à une pharmacie. La prescription, d'une durée limitée et non renouvelable, est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de santé relatives à la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale.

« Art.R. 6315-6.-Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

« Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels.

« Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

« Le cahier des charges régional définit les indicateurs de suivi, les conditions d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins. Il précise les modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins. Il détermine les modalités selon lesquelles la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1 sont informés de ces incidents.

« Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'arrêté fixant le cahier des charges régional est pris après avis des comités départementaux

mentionnés à l'article R. 6313-1, de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins. Les conditions d'organisation mentionnées au troisième alinéa sont soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins et au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police. Les avis prévus au présent alinéa sont rendus dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'avis. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu. »

Article 2

Au chapitre II du titre II du livre IV de la sixième partie du code de la santé publique, il est créé un article R. 6422-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 6422-1. - Les articles R. 6315-1 à R. 6315-6 du présent code ne s'appliquent pas à Mayotte. »

Article 3

L'article R. 6311-8 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, si les besoins de la population l'exigent. »

Article 4

I. - Les conventions conclues entre les associations de permanence des soins et les établissements sièges de service d'aide médicale urgente avant la date d'entrée en vigueur du cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction doivent, au plus tard trois mois suivant cette date, être mises en conformité avec ce cahier des charges.

Dans les cas où leur conformité au cahier des charges a été validée par le directeur général de l'agence régionale de santé, elles peuvent être reconduites sans changement.

II. - Dans chaque région, les dispositions du présent décret entrent en vigueur à la date de publication de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé fixant le cahier des charges régional prévu par le présent décret.

III. - Jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions du présent décret en application du II du présent article, le mot : « préfet » mentionné dans les articles R. 6315-2, R. 6315-3 et R.

régionale de santé ».

Article 5

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Et pour mémoire :

Circulaire n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

Circulaire n°2007-108 du 22 mars 2007 : UNV et PEC des AVC

RESPONSABILITE MEDICALE

"... le médecin ne reconnaît pour juge, après Dieu, que ses pairs, et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale, de la conscience" (6)

Dans leur pratique quotidienne, les médecins urgentistes peuvent voir leur responsabilité engagée pour des motifs divers, et devant plusieurs juridictions.

Il peut s'agir :

- d'une responsabilité sanction (Code Pénal, Code de Déontologie médicale) qui sanctionne un comportement que la société réprouve
- d'une responsabilité d'indemnisation (Code Civil, Tribunal Administratif) qui indemnise un dommage ou préjudice causé au patient et à ses ayants droits éventuellement.
- mais la responsabilité sanction peut aussi être associée à une responsabilité d'indemnisation, et inversement.
- d'une responsabilité sans faute, qui concerne l'aléa thérapeutique ou les infections nosocomiales, consacrée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (CRCI).

Cependant la responsabilité la plus immédiate est la responsabilité morale. Elle est la responsabilité et l'obligation de répondre de ses actions ou de celles des autres, d'être garant de quelque chose. Son étymologie vient du verbe latin *respondere* "se porter garant, répondre de", apparenté à *sponsio* "promesse". Cela confère au mot responsabilité l'idée de

devoir "*assumer ses promesses*". Pour le dictionnaire Le Petit Robert, "*être responsable, c'est agir en exerçant la vertu de prudence, attitude d'esprit de celui qui, réfléchissant à la portée et aux conséquences de ses actes, prend ses dispositions pour éviter les erreurs et les sources de dommages potentiels*".

La responsabilité morale s'adresse à un individu libre, c'est à dire ne subissant pas de contrainte externe et disposant de toute sa liberté interne ; il est pleinement conscient de ses actes, capable de discerner le bien et le mal. Dans ce cas présent, le médecin est tenu de répondre de ses actes devant le tribunal de Sa Conscience.

Les principes de mise en cause sont totalement différents selon qu'il s'agit d'une responsabilité sanction ou d'indemnisation.

RESPONSABILITE PENALE (7, 8)

La société sanctionne une infraction relative au non respect d'un article du Code Pénal, Code Pénal que le citoyen lambda, en l'occurrence le citoyen médecin n'a pas respecté.

L'infraction peut être un délit, un crime, une contravention.

Le médecin urgentiste est essentiellement concerné par :

La violation du secret professionnel

Art. 226-13 : "*La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie de un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.*"

Art. 226-14 : "*L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1. A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

2. Au médecin qui avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises."

S'il est un risque inhérent à la pratique quotidienne du médecin urgentiste, c'est bien en ce domaine qu'il est perpétuellement exposé.

Exposé dès la régulation lorsque les conversations radiotéléphoniques sont captées par des tiers mal intentionnés (journalistes, particuliers etc...) mais alors l'infraction ne peut être reprochée au médecin qui se voit voler l'information ; tout au plus pourrait on lui reprocher un manque de précaution en certaines circonstances. Cette précaution ne doit cependant pas être méconnue.

Exposé lors de la prise en charge du ou des patients ; en SMUR ou en exercice individuel, l'environnement particulier (badauds témoins, forces de l'ordre, tiers de tous ordres..) est une menace permanente dès lors que le médecin échange propos et considérations avec son équipe et les autres secouristes. Rappelons en ce domaine que les collaborateurs du médecin sont de facto soumis au secret professionnel (*Article 72 du Code de déontologie médicale : Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.*)

De même est il exposé dans la rédaction de son dossier médical qui sera remis à l'arrivée et consulté par des personnels en principe dévoués aux soins de ce patient et soumis aux mêmes obligations.

Exposé le médecin du service d'urgence, soumis lui aussi à un environnement disparate au vu et au su de plusieurs patients en attente dans des locaux qui ne prêtent pas à la confidentialité ; il est d'ailleurs singulier de constater que les services d'urgence n'ont pas ou peu d'espace d'isolement où les médecins qui y exercent puissent prendre ou discuter de

décisions en toute sérénité. Enfin que dire du dossier médical informatisé que tout un chacun peut consulter, le mot de passe personnalisé étant, sans jeu de mot, un leurre destiné à donner bonne conscience à des informaticiens et une administration bienveillante qui ont su mettre à disposition un matériel qu'eux seuls trouvent performant.

Exposé toujours avec les multiples demandes de renseignements non individualisées ni sécurisées (appels téléphoniques, tiers divers étrangers...).

Non assistance à personne en danger

Art 223-6 : Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Toutes les entités d'exercice sont exposées à ce risque mais sans aucun doute le médecin régulateur davantage, qui ne mobilisera aucun moyen ou pas les moyens adéquats.

Rappelons cependant que la mort n'est pas une situation d'assistance à personne en danger (pourtant souvent alléguée par les appelants), et que la mise en œuvre des moyens doit se faire sans danger pour les intervenants, auquel cas le médecin pourrait se voir reprocher d'autres infractions notamment la mise en danger d'autrui pour ne citer que cette infraction...

Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne

Art 222-19. "Le fait de causer à autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les

règlements, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

En cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende."

Art. 222-20 : *"Le fait de causer à autrui, par un manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à trois mois est puni de un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende."*

Il s'agit de blessures occasionnées lors des soins sans justification médicale (chutes et aggravation ou création de lésions etc...).

Par ailleurs, notons que la responsabilité pénale des personnes morales est désormais prévue pour ces deux infractions.

Tous les médecins pratiquant l'urgence sont ici concernés sauf le médecin régulateur encore qu'un conseil médical téléphonique suivi d'effets délétères puisse lui être reproché.

Les faux certificats

Art. 441-8 : *"Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros F d'amende le fait, par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts.*

Est puni des mêmes peines le fait de céder aux sollicitations prévues à l'alinéa précédent ou d'user de voies de fait ou de menaces ou de proposer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour obtenir d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession qu'elle établisse une attestation ou un certificat faisant état de faits inexacts....."

Toutes les entités d'exercice sont exposées à ce risque sauf le médecin régulateur.

Mise en danger d'autrui

Art 223-1 : " le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement... est puni d'1 an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende..."

Pas d'obligation de préjudice, la seule exposition à un risque aux conséquences supposées précises avant même leur réalisation suffit.....

Mais il faut :

- une obligation particulière de sécurité ou de prudence,
- une obligation imposée par la loi ou le règlement,
- un risque immédiat de mort de mutilation ou d'infirmité permanente,
- une violation manifestement délibérée d'une obligation de sécurité ou de prudence.

Le secret des correspondances

L'atteinte est commise par un particulier :

Art.226-15 : *Le fait, commis de mauvaise foi, d'ouvrir, de supprimer, de retarder ou de détourner des correspondances arrivées ou non à destination et adressées à des tiers, ou d'en prendre frauduleusement connaissance, est puni d'un an d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.*

Est puni des mêmes peines le fait commis de mauvaise foi, d'intercepter, de détourner, d'utiliser ou de divulguer des correspondances émises, transmises ou reçues par la voie des télécommunications, ou de procéder à l'installation d'appareils conçus pour réaliser de telles interceptions.

Mais aussi la destruction de preuves etc...

Le médecin paraît peu exposé mais on ne peut en dire autant de certaines administrations et pour y revenir de l'informatisation soi disant salvatrice de tous les maux qui accablent les soignants dès lors qu'ils doivent retranscrire en des termes précis nous éloignant chaque jour un peu plus de l'art médical souvent fait de nuances individuelles etc...

Il s'agit des principaux articles ; leur interprétation ne peut en principe supporter de notion de présomption de faute, ou de perte de chance....

Cette responsabilité est directe et concerne le ou les praticiens désignés avec tous les inconvénients consécutifs (publicité, pénalités etc...).

RESPONSABILITE CIVILE (9, 10, 11)

La responsabilité civile est fondée sur la notion de faute ayant causé un dommage et de lien causal entre le dommage (physique et/ou moral) et la faute.

Théoriquement elle est de deux ordres :

- contractuelle : un contrat est établi entre deux personnes, en l'occurrence le patient a choisi son médecin et les deux ont des obligations envers chacun. Cette responsabilité a été consacrée par l'Arrêt MERCIER de la Cour de Cassation en 1936

- délictuelle : aucun contrat n'a été passé entre les deux personnes ; le dommage crée par l'une à l'autre qui sera indemniser de ce préjudice subit par l'auteur

Le médecin urgentiste sur le terrain devrait théoriquement avoir une responsabilité délictuelle. Dans les faits la nuance est de peu d'intérêt pour le médecin qui, quel qu'il soit a les mêmes obligations envers son patient :

- devoir d'humanisme (information, consentement, respect...),
- atteinte à l'intégrité physique dans un but de soins et avec le consentement du patient,

- respect des règles de l'art (soins conformes aux données acquises et actuelles de la science)

- obligations de moyens (parfois une obligation de résultat comme en chirurgie esthétique ou en matière de vaccinations).

En fait rappelons quelques notions :

- la responsabilité délictuelle se crée avec un patient comateux, le mineur (quoique modifié par la loi de 2002), l'incapable majeur, ou du fait des choses (chute de la table d'examen, ou de l'escalier...)

- en milieu hospitalier, le contrat est établi de fait entre l'hôpital et le patient et pas directement avec le médecin,

- les délais de prescription ont été "uniformisés" avec la loi du 4 mars 2002, soit 10 ans après la consolidation du dommage.

RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE (12, 13)

Deux particularités en matière de responsabilité administrative :

- les règles de la responsabilité administrative sont autonomes par rapport aux règles de la responsabilité civile : un conflit opposant l'administration à un particulier ne peut être jugé que par un juge administratif et le juge administratif ne juge pas selon les règles du code civil

- sur le plan indemnitaire, l'administration est responsable du fait de ses agents. Ainsi, si les agents de l'administration ont, de par leur faute entraîné un dommage, l'administration prend en charge l'indemnisation du dommage.

Définition de la faute médicale en matière de responsabilité administrative

Les obligations du médecin

Le droit hospitalier est donc un droit jurisprudentiel. L'exercice médical n'est pas réglementé par le principe du contrat médical. En effet, le patient ne contracte pas avec le médecin qui

n'est qu'un agent du service public. Cependant, la loi hospitalière, pour définir les obligations du médecin a repris les règles élaborées par le juge civil : l'exercice médical doit être conforme aux règles de bonnes pratiques médicales et aux règles de déontologie :

- le médecin a obligation de donner des soins attentifs, conformes aux données actuelles de la science

- il a un devoir d'humanisme : respect du consentement, nécessité d'apporter une information loyale et adaptée, respect du secret professionnel.

- il a une obligation de moyen, par rapport à un idéal de conduite et la faute ne sera retenue que lorsque le médecin n'aura pas agi en respect des règles de l'art (règles de bonnes pratiques médicales).

- la loi hospitalière a également repris les missions du service public « *les établissements de santé publique assurent les examens de diagnostics, la surveillance et le traitement des malades, blessés et femmes enceintes* ». Ainsi, l'hôpital a lui-même une obligation de moyen en matériel et personnel pour ce qui concerne l'organisation de soins.

Particularités de la faute en responsabilité administrative :

- plus de distinction de la faute lors d'un acte médical et de la faute dans les actes de soins et d'organisation du service.

- Les actes médicaux sont formés par tous les actes réalisés par un médecin et les actes para- médicaux réalisés par un paramédical sous l'ordre d'un médecin. Les actes de soins ou d'organisation du service sont tous les actes ne relevant pas d'actes techniques de diagnostic ou traitement (patient qui fugue, patient qui tombe d'un brancard, erreur d'administration d'un produit...).

Actuellement toute faute simple suffit maintenant à engager la responsabilité de l'administration : manquement aux obligations de service, blessures par imprudence, défaut de surveillance, retard de diagnostic ou traitement, défaut d'organisation du service ...

- présomption de faute: le fondement principal reste celui de la faute (comme en matière civile). Il faut normalement une faute prouvée pour engager la responsabilité de l'hôpital. Cependant, le juge administratif a reconnu, dans certains domaines, une présomption de faute. Ainsi, lorsqu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte de soins courant, le patient n'a pas à prouver qu'il y a eu une faute, celle ci est présumée. Autre exemple de domaine de présomption de fautes : complications après des vaccinations obligatoires, troubles neurologiques secondaires aux anomalies de posture après intervention chirurgicale, infections nosocomiale. Ce système de responsabilité est intéressant pour le

patient car il n'a pas à apporter la preuve d'une faute.

La responsabilité sans faute : dans certains domaines, le juge administratif a reconnu que la responsabilité de l'hôpital pouvait être engagée même en l'absence de faute. Ceci a été initialement reconnu lors de dommages graves survenant après l'utilisation de techniques nouvelles. Depuis 1994 lors d'un arrêt Bianchi, la jurisprudence administrative l'a reconnu à d'autres situations. Mais des conditions doivent être remplies : un dommage d'une extrême gravité, la réalisation d'un risque exceptionnel mais connu, un risque sans rapport avec les prédispositions du patient ou l'évolution prévisible de sa maladie (Affaire Bianchi : le patient était resté tétraplégique dans les suites d'une artériographie vertébrale. Aucune faute n'avait été commise et il a été reconnu que la complication était liée à une occlusive de l'artère vertébrale en rapport avec des troubles hémodynamiques, risque rarissime mais connu).

Exceptions :

* la faute détachable du service : lorsque la faute de l'agent hospitalier est commise en dehors de son service ou que cette faute est d'une extrême gravité, l'hôpital ne prend pas en charge l'indemnisation et l'agent engage sa responsabilité civile personnelle. Il est alors jugé par le juge civil, comme toute personne privée (le juge administratif ne jugeant que l'administration).

Ceci est le cas dans trois situations particulières :

- le dépassement des compétences légales ou réglementaires
- des soins donnés en dehors de l'établissement
- une faute détachable du service

Pour cette dernière, la jurisprudence retient quatre situations (14) :

- les actes se détachant matériellement de la fonction et traduisant une préoccupation inhérente à la vie privée de l'agent
- les actes révélant chez l'agent d'une intention malveillante (faute intentionnelle)
- la recherche d'un intérêt personnel
- la faute d'une particulière gravité, inadmissible ou inexcusable au regard de la déontologie de la profession

C'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent, dans la majorité des cas, les fautes détachables de la part des médecins. Il s'agit toutefois d'éventualité rare en jurisprudence.

Une faute détachable n'implique pas nécessairement une répression pénale. Par contre, la non-assistance à personne en danger est un cas typique d'adéquation entre faute détachable et faute

pénale dont voici quelques exemples :

- fuite d'un chirurgien lors d'un incendie qui s'est déclenché au sein du bloc opératoire suite à la chute d'un flacon d'éther, en omettant d'évacuer le patient ! (15)

- négligence d'un chirurgien qui, après avoir suivi un patient et pratiqué des examens d'imagerie médicale, décida de pratiquer une néphrectomie gauche et réalisa une néphrectomie droite. En outre, ayant eu un doute sur la localisation en cours d'intervention, il avait persévéré dans son erreur en n'interrompant pas son acte alors qu'il était encore temps techniquement de le faire. (16, 17)

* la faute d'une extrême gravité est rarement reconnue et retenue dans des cas extrêmes : refus d'un chirurgien de se déplacer en garde et décès du patient, chirurgien opérant en état d'ivresse.

Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité, sont identiques à celles de la responsabilité civile, la mise en œuvre de la responsabilité nécessite une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Le patient doit apporter la preuve de trois éléments (sauf de la faute en cas de présomption de faute ou responsabilité sans faute).

RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE

Tous les médecins

Tous les médecins exerçant sur le territoire français sont inscrits à l'Ordre National des Médecins. Ils doivent ainsi répondre de toute violation d'une obligation déontologique (article L382 du Code la santé publique).

Ainsi en cas de faute professionnelle, les médecins peuvent voir leur responsabilité engagée devant leur Ordre pour sanctionner un comportement non conforme aux pratiques professionnelles.

Les autorités de saisine de l'Ordre : lorsque les actes en cause ont été réalisés dans un établissement public, la chambre disciplinaire du conseil régional peut être saisie par :

- le Ministre de la Santé
- le Préfet de département,
- le Procureur de la République
- le Directeur de l'Agence Régionale de la Santé.

Cette faculté de saisine a été étendue, par la loi HPST du 21 Juillet 2009 (18), au conseil national ou au conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. Ainsi la loi HPST rompt avec la forte limitation du pouvoir d'initiative en matière disciplinaire (19). Toutefois sont exclus de cette extension de la saisine les praticiens qui "*exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement*" suivant l'article L.4124-2 alinéa 2 du Code de la santé publique, "*ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes commis dans l'exercice de cette fonction*".

Les sanctions disciplinaires encourues devant l'Ordre : les sanctions disciplinaires sont indépendantes de celles prononcées par les juridictions civiles et pénales. Cependant l'autorité de la chose jugée au pénal, s'impose au Conseil de l'Ordre qui conserve toutefois la liberté d'en apprécier la gravité.

Ainsi les juridictions ordinales ne sont pas liées par les termes de la plainte qui est à l'origine de leur saisine. Elles peuvent alors connaître par exemple l'ensemble du comportement professionnel du praticien pour fonder leur décision sur des griefs qui n'ont pas été déposés dans la plainte. Cette solution est constante (20). De plus la procédure disciplinaire est marquée par le principe fondamental de l'absence de légalité des infractions disciplinaires. Cela signifie que la juridiction est saisie non pas d'une infraction définie par un texte, mais de faits qu'il lui appartient de qualifier au regard de la déontologie. (21)

Les sanctions sont ici réparties en cinq groupes :

- l'avertissement
- le blâme
- l'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin conférées ou rétribuées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales
- l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis d'une durée maximale de trois ans
- la radiation du tableau de l'Ordre.

Les recours devant l'Ordre : toute décision de la chambre disciplinaire de première

instance du conseil de l'Ordre peut donner lieu à appel devant la section disciplinaire du conseil national. Le Conseil d'État est la juridiction de cassation.

Devant l'administration des personnels médicaux

En leur qualité d'agent d'un établissement hospitalier public, les médecins peuvent faire l'objet de procédure disciplinaire et être ainsi sanctionnés par leur employeur public pour avoir manqué par exemple à leurs obligations à l'égard du service.

Dès lors, la faute disciplinaire est appréciée au cas par cas par la juridiction administrative, qui retient, pour la qualification de faute disciplinaire, aussi bien les manquements du médecin à ses obligations professionnelles que des manquements aux obligations de service public (exemple : l'hypothèse où le médecin ne respecte pas les obligations de tout agent public ou les règles du service public) (22).

Certains aménagements permettent d'assurer l'impartialité de la procédure. Durant celle-ci, le praticien dispose de plusieurs garanties. Il doit ainsi être informé qu'il a le droit :

- d'obtenir la communication intégrale de son dossier individuel
- de se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix
- de présenter devant le conseil de discipline des observations écrites ou orales
- de citer des témoins

La nature des sanctions disciplinaires varie selon le statut du personnel médical, elles sont : l'avertissement, le blâme, la réduction d'ancienneté de service (entraînant une réduction des émoluments), la mutation d'office, la révocation. Ce sont essentiellement des recours juridictionnels qui permettent de contester une telle sanction : en effet, il n'y a pas de mécanisme de recours devant une commission de recours. En conséquence, le recours juridictionnel consiste en un recours pour excès de pouvoir.

L'importance de la sanction prononcée est fonction de la qualification de la faute commise. La radiation sanctionne ainsi une atteinte grave aux devoirs professionnels telle que l'utilisation de méthodes thérapeutiques non approuvées. L'avertissement et le blâme répriment les comportements fautifs qui ne mettent toutefois pas en péril la vie du patient.

Aléa thérapeutique et infections nosocomiales : CRCI (23)

Organisation des CRCI

Les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) ont été créées par un décret du 3 mai 2002 en application des articles L. 1142-6 et L. 1143-1 du Code de la Santé Publique.

La loi permet la constitution de Commissions inter régionales. Ces Commissions sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire.

Ce magistrat peut être placé en position de détachement et être ainsi entièrement dédié au dispositif. Il peut présider plusieurs Commissions.

Les Commissions sont composées de 20 membres (outre le président) représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'ONIAM, ainsi que de personnalités qualifiées.

Les présidents des Commissions sont assistés de collaborateurs juristes et administratifs qui forment le secrétariat de la Commission. Les Commissions n'ayant pas la personnalité juridique, les personnels sont mis à la disposition des Commissions par l'ONIAM.

Les moyens permanents des Commissions, notamment les présidents et leur secrétariat, sont regroupés sur quatre pôles inter régionaux :

- BAGNOLET (Seine-Saint-Denis) pour les régions Ile-de-France, Centre, Pays de la Loire, Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, La Réunion, Guyane.

- LYON pour les régions Bourgogne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Auvergne, Corse.

- BORDEAUX pour les régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin, Poitou-Charentes.

- NANCY pour les régions Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Guadeloupe, Martinique.

Les réunions des Commissions se tiennent généralement dans les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Ce sont donc les présidents et leurs

collaborateurs qui se déplacent dans les régions afin de tenir les réunions. Les dossiers doivent cependant être envoyés aux adresses des pôles inter régionaux.

Les missions des CRCI

- Favoriser la résolution des conflits par la conciliation. Les Commissions, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinés à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé. Cette fonction de la Commission se substitue aux anciennes Commissions de conciliation installées dans les établissements de santé.

- Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2003. Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.

REMARQUE : la responsabilité partagée

Dans certains cas, on peut envisager un partage de responsabilité. Cela signifie que la faute commise est issue de plusieurs acteurs qui doivent en répondre. Le juge civil détermine alors la gravité respective des fautes commises qui ont causé le dommage pour lequel il a été demandé réparation. Cela permet de répartir proportionnellement les dommages et intérêts qui découlent de ces fautes (24).

Un tel partage de responsabilité peut être recherché entre différents services ou soignants de l'établissement incriminé, ou encore au sein des relations contractuelles que le service entretient avec les intervenants en question.

PRATIQUES QUOTIDIENNES

La médecine d'urgence est soumise aux règles générales de la responsabilité médicale mais elle possède des caractéristiques propres qui confèrent à ceux qui l'exercent une responsabilité particulière.

Comme dans le domaine général, le médecin qui exerce en urgence, quel que soit son statut, sa compétence ou sa place dans l'organisation des secours doit respecter vis-à-vis du patient les mêmes principes et obligations : respect du contrat médecin-patient lorsqu'il existe, obligation de soins, obligation de moyens, devoir d'information et respect du secret professionnel.

Mais, "dans l'urgence", les conditions d'exercice génèrent un certain nombre d'imprécisions qui peuvent être à l'origine du mécontentement des patients et potentiellement répréhensibles par la suite.

Au fil de la journée et de l'affluence, le médecin urgentiste peut être amené à prendre en charge de nombreux patients simultanément avec tous les risques encourus.

Il faut aussi aborder la prise en charge d'urgences médicales par des praticiens non ou sous-équipés et de fait ne maîtrisant pas totalement la pratique de cet exercice (exemple : le médecin généraliste, ophtalmologue ou rhumatologue devant un ACR ou un AVP).

Voyons donc quelques cas qualifiés de "classiques".

LE MEDECIN GENERALISTE APPELE POUR UNE URGENCE

Le médecin de garde, au même titre que le médecin régulateur, est particulièrement exposé au risque de non-assistance à personne en danger. Dès lors qu'il est appelé par le SAMU, il doit se rendre le plus rapidement possible et prescrire les mesures qui s'imposent.

S'il trouve porte close, il ne doit quitter les lieux qu'après s'être assuré que le patient est hors de tout danger.

Il doit aussi, quelle que soit la situation sur place (patient absent, refus de soins...) en faire part au médecin régulateur du SAMU en prenant soin de rappeler le CRRA.

En cas de non respect de ces principes, il peut le lui être reproché.

Dans les situations dites urgentes, dont le cas dépasse ses compétences (techniques,...), le relais doit être rapidement pris par le SAMU : ce qui se fait par un bilan détaillé des faits pour que le régulateur puisse déclencher les moyens adéquats à la situation donnée. Ce qui ne doit pas empêcher les premiers soins à prodiguer sur place. C'est le cas typique des douleurs thoraciques où la majorité de médecins généralistes ne sont pas équipés d'un électrocardiographe, n'ont pas toujours de quoi perfuser ni la thérapeutique idoine sous la main.

Un médecin qui ne peut répondre personnellement à un appel urgent ne peut se contenter de communiquer les coordonnées d'un confrère plus disponible. Selon l'article 9 du Code de Déontologie, *"tout 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 assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires"*. Et l'article 47 du Code de Déontologie de rappeler que *"quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins."*

Si la jurisprudence exige le plus souvent que l'intervention du médecin soit immédiate, l'article 9 du Code de Déontologie et l'article 223-6 du code pénal envisagent la possibilité de provoquer un secours. Le médecin doit toutefois veiller personnellement à l'exécution des mesures envisagées et, si l'assistance par personne interposée est possible, s'assurer que le secours et les soins nécessaires ont été donnés.

Sans mettre à la charge du médecin une obligation de résultats, les juges se réservent le droit d'apprécier l'efficacité de son intervention, et il est donc souhaitable au regard de vérifier sur place (donc se déplacer !) si le secours a bien été donné. (25)

Tout médecin qui répond à un appel à fortiori urgent et qui pour ne pas se déplacer fait prévaloir une affection médicale personnelle (exemple otite), commet une faute dès lors qu'il a répondu à l'appel et qu'il ne se déplace pas.

LE MEDECIN FACE A L'URGENCE, QUELLE QUE SOIT SA SPECIALITE

Confronté à une urgence, tout médecin doit y apporter une réponse.

La réponse à l'urgence est un devoir éthique avant tout : le Code de Déontologie médicale est très clair à ce sujet par le biais de l'article 9 qui stipule que *"Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires."*

La réponse à l'urgence est indépendante du mode d'exercice, libéral ou public mais aussi du type d'exercice que ce soit une spécialité ou la médecine générale.

Comme tout citoyen, mais sans doute plus que les autres, le médecin de par sa fonction doit porter secours et assistance (cf. art. 223-6 du Code Pénal). En effet, le médecin a acquis une compétence générale pendant ses études, y compris dans le domaine de la médecine d'urgence : il ne peut donc prétexter être ignorant en la matière.

Les exemples flagrants qui illustrent ces explications sont ceux de l'arrêt cardiaque (ACR) et de l'accident de la voie publique (AVP). Dans ces deux situations (et notamment la première), le pronostic vital est engagé et la nécessité d'agir rapidement est indéniable. Même si les compétences de prise en charge ne sont pas connues, le matériel absent, aucun médecin de par son statut ne peut se déclarer incompétent ; et à la rigueur, en occultant son rôle de soignant, il doit comme tout citoyen agir en tant que secouriste et en plus veiller à la continuité des soins.

Ce principe est aussi valable pour des personnes en difficulté lors d'un voyage en train ou en avion.

LA REGULATION MEDICALE

L'activité de régulation médicale est parfaitement encadrée par le décret n° 87/1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'Aide Médicale Urgente appelées SAMU. Cette activité a été détaillée par ailleurs.

Les déclarations de sinistre attribuées à la régulation médicale sont relativement faibles en comparaison des millions d'actes de régulation effectués en France. La MACSF a ainsi comptabilisé 6 sinistres en 2001, 8 en 2002 et 8 en 2003. (26)

Les acteurs de la régulation médicale

Les permanenciers (ARM)

S'ils sont des acteurs essentiels de la régulation médicale, ils exercent conformément à l'article 23 du décret n° 90-359 du 21 septembre 1990 portant statut particulier des personnels de la Fonction Publique Hospitalière, sous la responsabilité du médecin régulateur. Sauf cas particulier d'une faute détachable du service, les conséquences de leurs actes sont prises en compte au titre de la responsabilité administrative.

Les médecins régulateurs

Ils peuvent être hospitaliers ou libéraux. Pour ces derniers, le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins a permis de clarifier leur situation, à savoir la régularisation de leur statut, afin de leur permettre de bénéficier de la couverture assurantielle de l'établissement public où ils exercent de façon transitoire.

Ainsi, l'ensemble des médecins participant à la régulation, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, verront leur responsabilité civile engagée devant les tribunaux administratifs. Ils ne doivent pas pour autant se soustraire à l'obligation de souscrire une responsabilité civile personnelle pour le cas spécifique des fautes détachables du service même si celle-ci sont marginales en termes de régulation puisqu'à ce jour, aucun procès n'a retenu cette qualification.

Risques médico-légaux de la régulation médicale (ont été également décrits par ailleurs)

Les juridictions estiment en général qu'il appartient aux médecins régulateurs de s'informer le plus complètement possible avant d'écarter la notion de péril imminent et de s'abstenir d'intervenir.

En matière pénale, les juridictions d'instruction et de jugement portent un soin attentif à l'écoute des bandes enregistrées et à la lecture des fiches constituées au sein de la régulation médicale. (27)

Le risque disciplinaire : les juridictions disciplinaires du Conseil de l'Ordre ne sont pas obligées de suivre le juge civil. Par contre, les médecins se voient systématiquement sanctionnés par l'Ordre s'ils ont été condamnés par le juge pénal (28). Ce risque disciplinaire peut également s'appliquer au personnel non médical participant à la régulation, mais dans ce cas, c'est l'employeur qui est à l'origine de la sanction.

En pratique (29, 30, 31, 32)

La régulation médicale est faite pour répondre à une demande médicale de plus en plus croissante de la part de la population. Face à ce constat et pour ne pas éparpiller les ressources

humaines qui ne sont pas légion, le régulateur doit cibler quelle est l'urgence au milieu de cette multitude d'appels.

La première responsabilité du médecin régulateur, est la rapidité de la décision dont dépend la rapidité de la réponse avec une acuité qui n'existe pas dans d'autres secteurs de la médecine. Le généraliste, le cardiologue ou le chirurgien peuvent la plupart du temps donner un rendez-vous à 15 jours, mais le régulateur doit prendre sa décision dans les meilleurs délais, c'est à dire immédiatement. Le désaccord qui peut naître entre le régulateur et le patient vient de la différence de perception de la notion d'urgence. Pour le patient, est urgent ce qui presse, pas nécessairement ce qui est grave. Pour le médecin, est urgent ce qui menace la vie du sujet ou la fonction d'un organe.

En fonction de l'interrogatoire, le régulateur détermine le moyen adéquat à mettre en œuvre. Le médecin régulateur est particulièrement exposé au délit de non-assistance à personne en danger. Pour éviter d'engager sa responsabilité, il doit solliciter de la personne qui appelle une description de l'état du malade lui permettant d'apprécier la réalité du péril (s'il existe) afin de prendre la mesure la plus appropriée. C'est de sa responsabilité d'envoyer une équipe SMUR au chevet du patient alors que ce dernier souhaitait le médecin libéral : cette décision médicale qui est une prescription s'appuie sur un "diagnostic téléphonique".

Deux notions importantes sont à prendre en compte :

- le médecin régulateur n'est pas en ligne pour établir un diagnostic mais bien pour éliminer des critères d'urgences : on ne lui en voudra pas de ne pas suspecter une embolie pulmonaire ; par contre de ne pas envoyer une équipe médicale sur un tableau de détresse respiratoire lui sera préjudiciable.

- Le médecin régulateur ne peut pas s'appuyer sur un examen clinique de son patient pour établir une réponse adaptée : on comprend donc la difficulté que représente une prise de décision à distance

La décision médicale une fois expliquée doit être acceptée par le patient. Cela n'est pas aisé dans une ambiance souvent tendue voir agressive du fait de l'angoisse de l'appelant. Malgré tout, l'acceptation du patient est primordiale et ce d'autant plus dans la situation d'abstention de soins. Il devra être fait la preuve que la décision a été clairement expliquée et acceptée faute de quoi le régulateur pourrait être poursuivi pour non assistance à personne en danger.

Il ne peut être évoqué la difficulté de la régulation sans aborder le rôle de l'appelant. Au travers de l'échange téléphonique, le médecin régulateur a la possibilité de faire son "diagnostic", en fonction des réponses obtenues aux questions posées. Outre la pertinence des questions, la validité de sa décision dépend en grande partie de la capacité de l'interlocuteur à transcrire et retranscrire sa symptomatologie, et à comprendre l'analyse que le régulateur en fait.

La gestion des délais : face à plusieurs situations, la mobilisation des équipes et véhicules se doit d'être la plus logique possible pour ne pas hypothéquer le pronostic (vital, fonctionnel ou organique) du patient. Cela nécessite en plus du savoir médical, une connaissance parfaite du terrain et de l'ensemble de la zone d'action afin d'assurer la meilleure et la plus rapide prise en charge possible.

Le secret professionnel : du fait des multiples intervenants (ambulances privées, sapeurs pompiers, police...), le médecin régulateur est amené à partager des informations avec chaque effecteur. La difficulté est ici de distiller des bribes du dossier à des personnes aux fonctions différentes, avec des objectifs et priorités différentes.

LE MEDECIN EN SMUR

Les interventions SMUR sur les lieux de l'urgence se déroulent dans des conditions matérielles et surtout psychologiques spécifiques de la part des demandeurs.

Elles s'exercent en tout lieu, dans un climat d'anxiété et d'angoisse frappant à la fois le patient et son entourage. Le médecin urgentiste doit donc, de jour comme de nuit, faire preuve d'une grande maîtrise de lui-même et des autres personnes qui l'assistent.

La première exigence réclamée aux équipes SMUR concerne le respect des délais : délai de départ mais aussi d'arrivée qui suppose une connaissance parfaite des itinéraires. Cela

implique en amont un entretien parfait des véhicules et du matériel à leur bord (hors aléas lors du cheminement).

Sur place, le médecin affronte des conditions de travail particulières, parfois difficiles, inconfortables et souvent devant témoins (voisins, presse, recueil photographique des scènes...). A cela s'ajoute la gestion de l'équipe médicale, du patient mais aussi celle de la famille, des témoins et autres intervenants (ambulanciers, pompiers, police...). La plupart du temps, le patient n'a pas choisi son soignant, parfois même il n'a pas sollicité de secours, voire il ne les souhaite pas !

Le médecin doit-il s'imposer, se retirer ou convaincre à tout prix ?

Le patient est-il en état de décider, conscient de ses décisions ?

Le médecin doit-il faire preuve de fermeté et aller jusqu'à l'hospitalisation sous contrainte ?

Le refus d'hospitalisation des patients présentant une détresse potentielle n'est pas une situation exceptionnelle :

- OAP ayant régressé ou douleur thoracique calmée par l'équipe médicale sur place
- crise d'asthme dont la gravité est minimisée par le patient ayant l'habitude de ces crises

- intoxication par des médicaments à toxicité cardiaque sans somnolence ni coma dans un premier temps

Mais quelle est la responsabilité du médecin SMUR en cas d'aggravation **secondaire** après ce refus d'hospitalisation ?

Les limites de cet exercice médical sont définies par :

- l'obligation du respect du secret professionnel vis-à-vis des tiers non partie prenante à la décision médicale (tiers, voisins, police,...)

- la liberté du patient d'accepter ou non de se faire soigner ou hospitaliser

- la non-assistance à personne en danger

Les moyens dont dispose le médecin SMUR face à ses situations sont réduits :

- le certificat de refus de soins qui se doit de préciser les risques encourus (dont le risque léthal) par le patient : il s'agit d'une preuve d'information qui ne le dégage pas de toute responsabilité

- les mesures d'hospitalisation sous contrainte sont plus spécifiques de patients présentant des troubles comportementaux et/ou compromettant l'ordre public.

Tout est affaire de cas particuliers et d'appréciation de la situation. En situation le médecin a l'entière responsabilité des conséquences de la décision du patient.

Dans sa pratique, le médecin SMUR est souvent confronté à des situations d'urgences à caractère médico-légal : mort subite, suicide, mort suspecte, accident, crime... Les contraintes de la médecine d'urgence relèvent de l'art médical et celles de la justice, des textes.

Quelles que soient les conditions d'exercice et/ou d'activité, le devoir d'information des patients est primordial comme il est stipulé dans les articles 35 et 36 du Code de Déontologie. L'arrêt du 25 février 1997 de la Cour de Cassation l'a considérablement renforcé. C'est bien au médecin d'apporter la preuve que l'information a bien été délivrée, complètement et qui plus est, qu'elle a bien été comprise. Il est donc important de le noter dans les feuilles d'interventions (le patient ou ses ayants droits pourront ultérieurement demander communication du dossier médical, les magistrats également). Même si cela semble être une démarche chronophage à priori, elle est une précaution importante à posteriori.

LE MEDECIN DANS LE SERVICE DES URGENCES

Chaine de triage, file attente et notion de perte de chance

Le flux des patients est très variable à l'accueil des urgences. A l'acmé de l'afflux, la gestion de la file d'attente peut être délicate et source d'erreurs en terme de priorité.

Pour y pallier le Poste d'accueil et d'orientation (PAO) a été crée pour qu'un médecin et/ou une IDE effectue un tri parmi les patients.

Le danger de sous estimer un risque encouru et donc une prise en charge initiale insuffisante suite à un défaut d'appréciation du niveau de gravité, est réel. Dans ce cas, le

patient pourrait évoquer la responsabilité du médecin en mettant en évidence les notions de faute, de préjudice et de lien de causalité.

En effet, le retard à intervenir constitue une faute si les conséquences entraînent des séquelles générant la notion de perte de chance. Cette notion de perte de chance est très hypothétique, fluctuante et permet en cas d'incertitude de relier la faute au préjudice.

Remarque : Il est important de noter qu'un centre hospitalier public doit hospitaliser un patient même en SURNOMBRE dans le service spécialisé que nécessite son état.

Surveillance, antalgie, contention (33, 34)

Tout patient hospitalisé aux urgences doit, après examen clinique initial, bénéficier d'une surveillance et d'une réévaluation. Cette notion prévaut pour les personnes âgées et le patient confus ou agité.

Il est impératif de surveiller les paramètres vitaux, la clinique mais aussi l'environnement, la nécessité de contention de protection par les barrières... Une erreur en ce domaine constitue un manquement à l'obligation de surveillance.

La prise en charge de la douleur (art. R 4127-37 du Code de Déontologie) est une situation fréquente. Un malade pourra toujours comprendre que l'attente aux urgences peut être longue mais n'acceptera jamais de souffrir. Ce qui constitue une faute pour préjudice moral. Et un manquement à l'obligation de moyens pourra être retenu. L'obligation de moyens est impérative et le médecin doit mettre en œuvre les moyens adaptés pour faire un diagnostic et assurer une prise en charge thérapeutique qu'impose l'état de son patient. Ces moyens doivent être techniques, intellectuels et humains.

Personnes âgées

La personne âgée n'est pas un patient différent à traiter pour les urgentistes : c'est le devenir en hospitalisation qui pose difficulté au médecin urgentiste! Souvent affectés par plusieurs pathologies imbriquées, ces patients sont difficilement classables en GHM : les services de spécialité "s'hyperspécialisent" et la médecine moderne semble parfois être plus attentive aux performances et à la recherche, plutôt qu'à soigner son prochain...

Les durées d'attente aux urgences sont donc importantes pour cette frange de la population qu'il est difficile sinon compliqué d'hospitaliser. Devant ce constat, l'équipe médicale et paramédicale doit mettre en place des moyens efficaces de surveillance de ces patients fragiles, avec des troubles cognitifs parfois associés, allant jusqu'à des états d'agitation nécessitant des protections et/ou des contentions.

Peut aussi se poser le problème de la limitation des soins (également en SMUR) chez des patients grabataires, en fin de vie ; la résolution passe par un avis pluridisciplinaire (médecins, infirmiers ...)

Pédiatrie

L'accueil et le traitement des urgences ne sont pas différents quel que soit l'âge des malades (35). Ainsi, l'article R 712-66 du CSP préconise la création de "*pôle spécialisé en urgences médicales sur un site unique pour assurer la prise en charge d'enfants malades ou blessés*".

Le médecin urgentiste en poste dans un service d'urgence pédiatrique prend donc en charge des enfants dont le dispositif de protection et de soins instauré par le droit français repose sur le statut de mineur. Ce dernier signifie que les pouvoirs et décisions relèvent de l'autorité parentale (36). Dès lors, si la prise en charge de tels patients dans un service hospitalier d'urgences médicales n'implique pas à priori une responsabilité juridique spécifique, certaines modalités de cet exercice génèrent des obligations particulières.

Absence de spécificité de la responsabilité du médecin urgentiste dans la prise en charge de l'enfant

Le médecin des urgences pédiatriques répond aux obligations professionnelles communes au personnel médical des établissements de santé avec les mêmes objectifs de qualité des soins.

Par contre, dès l'accueil d'un mineur, l'article 42 du CDM précise *"qu'un médecin appelé à donner des soins à un mineur (...) doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans la toute mesure du possible"*.

L'article 371-2 du Code Civil spécifie que *"titulaire de droits et obligations, père et mère doivent être prévenus par tous moyens de l'hospitalisation de leur enfant"*. Lorsque les parents sont séparés ou divorcés, seul le consentement de celui qui d'entre eux a la garde doit être recueilli. S'agissant d'une décision médicale grave, les deux parents (titulaires de l'autorité parentale conjointe) doivent être prévenus et consultés.

L'urgentiste, l'enfant hospitalisé et les parents

L'article 28 du décret du 14 janvier 1974, fait obligation au médecin, avant tout geste chirurgical, d'informer et recueillir le consentement des parents ou du tuteur légal. *"En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence"*.

Juridiquement, l'urgence constatée permet de déroger à cette règle de l'information et du recueil de consentement. Néanmoins, tout doit avoir été mis en œuvre pour avertir, informer et solliciter l'avis parental.

A noter que toute signature d'autorisation de soins préalable (cf. milieu scolaire ou autre) ne dispense pas de tout entreprendre pour avertir les parents. (37)

L'avis de l'enfant doit être sollicité d'autant plus qu'il est apte à recevoir une information loyale et précise. L'article 12 de la Convention Internationale des droits de l'Enfant prévoit que *"les Etats garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit*

d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et degré de maturité".

En droit français, la consultation obligatoire du mineur est effective dans trois situations :

- l'adolescente de moins de 15 ans qui vient pour une interruption de grossesse
- le prélèvement d'organe sur un mineur vivant est en principe prohibé sauf s'il s'agit du frère ou de la sœur du receveur (si l'avis du mineur peut être recueilli, c'est à dire s'il est doué de discernement, son refus d'accepter le prélèvement est toujours respecté)
- les essais de recherches biomédicales ne peuvent être intentés sans le consentement du mineur lorsqu'il est apte à exprimer une volonté (il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement)

Modalités particulières dans la prise en charge des enfants par l'urgentiste

L'article 43 du CDM confie au médecin une mission morale et sociale fondamentale : *"le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage"*. Il arrive que les avis divergent entre soignants et parents : le médecin doit convaincre ou, le cas échéant proposer une consultation avec un autre praticien. L'important est de s'assurer de la continuité des soins : il incombe au médecin urgentiste de tout mettre en œuvre pour la meilleure prise en charge possible.

En cas de situation où le refus des parents risque de compromettre la santé ou l'intégrité de l'enfant, l'article 375 du Code Civil précise que *"si la santé d'un mineur est en danger, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnée par la justice"*. L'article 28 du décret du 14 janvier 1974 ajoute que *"le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance lui permettant de donner les soins qui s'imposent "* (38). Le danger constitue donc la condition sine qua none de l'intervention du parquet ou juge des enfants.

En pratique, le danger résulte d'une situation d'urgence médicale c'est à dire un pronostic vital engagé en l'absence de soins médicaux et /ou intervention chirurgicale. Le médecin urgentiste prodigue ou oriente son patient de manière adéquate. Encore faut-il définir l'urgence : la responsabilité du médecin urgentiste est à ce titre déterminante.

L'urgentiste face à un enfant victime de sévices ou privations

L'accueil d'enfant aux urgences peut donner lieu à des constats médicaux portant sur des sévices ou privations. A ce titre, l'article 44 du CDM précise que face à une telle situation le médecin doit *"mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour (la) protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection"* et d'ajouter que *"s'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il appréciera en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives"*.

Le médecin urgentiste peut ainsi se retrouver isolé face à de telle situation. Mais comme écrit ci-dessus, la prudence est de rigueur et la dénonciation des faits aux autorités judiciaires n'est pas faite d'emblée. La suspicion est une chose mais en donner la preuve en est une autre. Face à de telle situation, l'hospitalisation est préconisée et permet de garder l'enfant sous surveillance pendant l'enquête des autorités compétentes.

Il incombe à tout médecin de dénoncer de tels actes : le silence ou l'absence d'intervention sont répréhensibles : l'article 223-6 du Code pénal sanctionne *"quiconque pouvant empêcher, par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle s'abstient volontairement de le faire"*. L'article 226-14 assure qu'il ne peut donc y avoir aucune conséquence sur violation du secret professionnel lorsque la loi impose ou autorise la révélation du dit secret. Ainsi, toute privation ou sévice qu'il soit physique, moral ou d'ordre sexuel se doit d'être signalée aux autorités judiciaires, médicales ou administratives (39).

La "judiciarisation" de la protection de l'intégrité physique des enfants, victimes de sévices, et sa médiatisation correspondante ont entraîné de notables évolutions en faveur d'une dénonciation quasi systématique de ces faits aux autorités judiciaires et administratives (40).

"Pas plus que l'enfant scolarisé ne peut être réduit à sa dimension d'élève, l'enfant malade - ou protégé du risque de le devenir - ne peut se laisser résumer à un statut de -patient-" (41).

La prise en charge des enfants par les praticiens urgentistes relève d'une médecine exigeante, de discernement et de prudence. Elle présente aussi des responsabilités qu'il est important de connaître pour pouvoir appréhender certaines situations qui, dans l'urgence et faute de connaissance des textes, peuvent être lourdes de conséquences.

CERTIFICATS MEDICAUX

Les certificats sont de pratique courante pour les médecins urgentistes. Il est donc important, avant toute rédaction d'un tel document d'en connaître les modalités et la finalité. Voici pour mémoire, ceux qui me paraissent les plus importants, sinon les plus demandés.

Ainsi, le certificat médical peut être défini comme une attestation des faits qu'il a personnellement constatés lors de son examen ou concernant la santé du dit patient. La qualité de son auteur en fait un acte médico-légal faisant autorité, mais engageant pleinement sa responsabilité. (42)

Il doit être clair, intelligible et compréhensible de tous...au même titre que la demande.

Le certificat médical doit obligatoirement comporter :

- L'identité, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin signataire.
- L'identité de l'intéressé ou la formule "me déclare se nommer..." comportant son nom, prénom, ainsi que sa date de naissance et son adresse éventuellement.
- La ou les dates en toutes lettres :
 - Celle du jour de la signature.
 - Celle du jour de l'examen si elle est différente

(Remarque : le lieu et l'heure de l'examen peuvent avoir une importance dans certaines circonstances. Par exemple, l'examen sur réquisition.)

- La signature du rédacteur doit être manuscrite.

A défaut d'une signature lisible, le médecin doit y rajouter son nom ou appliquer son tampon.

- Si le certificat comporte plusieurs feuilles, elles doivent être numérotées.

CNH (Certificat de Non Hospitalisation)

Les BNA (bulletin de non admission) puis les CNH (certificat de non hospitalisation) ont été institués par les circulaires du 16 juillet 1973 et le 10 octobre 1975 du ministère de la Santé Publique. Ils imposent que *"tout individu en état d'ivresse manifeste sur la voie publique ou dans un lieu public doit être conduit dans les locaux de police ou des brigades de gendarmerie (code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme - Article L. 76), mais après avoir bénéficié d'un examen médical à l'hôpital. Le médecin doit remettre aux autorités un bulletin ou certificat de non-admission."* (43)

La rédaction d'un CNH par un médecin urgentiste s'apparente à celle d'un certificat médical.

Le CNH est un certificat médical établi dans le but de dégager (ou atténuer) la responsabilité des services de Police ou de Gendarmerie en cas de problèmes médicaux pendant la rétention au cours d'un état d'alcoolisation présumée. Mais il s'étend aussi à tout individu présentant des troubles sur la voie publique ainsi qu'à certains mis en examen.

A noter que dans ce cas précis, le médecin réquisitionné n'est pas choisi par le patient : ce n'est pas une relation médecin-malade "classique" : c'est une réquisition judiciaire.

Un autre but est de recueillir l'avis du médecin urgentiste pour définir :

- s'il existe une nécessité d'hospitalisation
- si l'état du patient est compatible avec la rétention en chambre de sûreté jusqu'à ce qu'il recouvre ses esprits (cf. article L3341 1 du code de la santé publique L3341)

En pratique, les patients sont amenés par les forces de l'ordre aux urgences pour procéder à l'examen clinique. Les forces de l'ordre doivent quitter la salle d'examen à chaque fois que cela est possible et hors de danger pour le médecin et le personnel soignant.

Il s'agit de pratiquer un examen complet avec recueil des antécédants, pathologie évolutive, traumatisme récent, prise médicamenteuse ou interruption thérapeutique : l'examen est réalisé sur un patient déshabillé, les lésions sont recherchées et systématiquement répertoriées.

Au terme de cet examen, un dossier médical est constitué.

Est hospitalisée toute ivresse compliquée (troubles de la conscience, hypoglycémie, traumatisme crânien, pneumopathie d'inhalation, intoxication médicamenteuse associée) ou à chaque fois qu'un doute diagnostique persiste. (44)

Sinon, le patient n'est pas hospitalisé et le certificat est donc rédigé. La SFMU préconise que cela soit fait uniquement par un médecin sénior ou un interne sous couvert d'un médecin responsable.

Il doit être mentionné :

- identité du patient
- la date et l'heure de l'examen
- le nom du médecin examinateur
- précise si l'état de sante de l'individu est compatible ou non avec une remise aux forces de l'ordre
- préciser si le patient n'a pu être évalué en raison de son refus d'examen médical

Remarque importante :

- il est important de stipuler sur ce certificat que *"Toutefois la survenue de modifications inquiétantes de l'aspect de cette personne, et notamment d'une détérioration de l'état de conscience, doit la faire soumettre immédiatement à un nouvel examen médical."*

- il ne délie pas du secret professionnel : ce certificat ne doit pas comporter de renseignements médicaux concernant le patient.

Enfin, il est important de rappeler que l'établissement d'un CNH s'oppose à l'article L1111-42 de la Loi de 4 mars 2002 sur les droits des malades qui souligne *"la nécessité de recueillir le consentement éclairé du patient ou à défaut de ses proches et personnes de confiance."*

Le conseil d'Etat dans son arrêt 2 octobre 2002 confirme le recours systématique à la réquisition dans cette situation. Ce certificat doit donc être rempli soigneusement avec un examen clinique préalable le plus exhaustif possible : il engage notre responsabilité médicale. Enfin, on doit considérer la réquisition comme obligatoire pour se soustraire à la demande des forces de l'ordre.

Certificat Descriptif (45)

Le certificat médical lésionnel initial est, et doit rester avant tout, un certificat descriptif, exhaustif de lésions constatées, survenues ou provoquées à l'occasion d'un fait quelconque, extérieur au sujet.

Ce certificat descriptif peut être établi à des fins assurantielles ou judiciaires. Il doit toujours être le même quelle que soit la situation pour laquelle il est rédigé.

Ce certificat est purement descriptif ainsi que le plus précis et exhaustif possible. Aucune interprétation lésionnelle ne doit être mentionnée. Par contre, la forme, la dimension, la nature, l'aspect, l'ancienneté et la localisation des lésions peuvent y figurer mais succinctement car ce n'est pas un acte d'expertise. L'interrogatoire et le recueil des doléances de la victime sont des étapes importantes. Les lésions constatées lors de l'examen médical doivent être rigoureusement retranscrites sans rien omettre. De même, une doléance, même minime, sans conséquence ou gravité apparente, **mais qui est le fait de l'accident, doit être retranscrite.**

Le certificat doit faire état des constatations en relation certaine, directe et exclusive avec les faits décrits par le patient.

En cas de réquisition des autorités judiciaires, le certificat est remis uniquement à l'autorité requérante et non au patient. Une copie doit être conservée dans le dossier médical.

Dans le seul cadre judiciaire et à la seule condition qu'elle soit expressément demandée, il doit être défini l'incapacité totale de travail (ITT), ainsi libellé en toutes lettres dans le code pénal.

L'incapacité totale de travail (ou ITT) (46) est une notion juridique définie par le code pénal, basée sur l'existence de violences volontaires ou involontaires, engageant une victime et un auteur. La durée est proposée par le médecin qui détermine la gravité des blessures de la victime et le procureur précise le cadre de la sanction de l'agresseur à la lecture des mentions du certificat (le magistrat est libre d'apprécier seul le cadre de l'infraction).

Ce n'est en aucun cas :

- un arrêt de travail (ITT évaluable au même titre chez les enfants, les personnes en retraite ou sans emploi)
- l'incapacité temporaire de travail professionnelle (IP) définie par la législation de la sécurité sociale et qui permet de fixer des indemnités journalières

- l'incapacité temporaire de travail appréciée dans le cadre d'expertise civile ou d'assurance

Elle est déterminée en fonction :

- de la durée de la gêne fonctionnelle pour effectuer les gestes de la vie quotidienne (s'habiller, aller seul aux toilettes,...)

- de la douleur, même sans incapacité au sens médical

- du retentissement psychologique (insomnie, cauchemars, crainte de sortir de chez soi)

Les circonstances aggravantes sont liés à/aux :

- violences volontaires (ITT < ou > 8 jours) ou involontaires (ITT < ou > 3 mois)

- l'état de la victime (mineur, personne vulnérables,...)

- la situation de la victime (en activité, témoins, victime,...)

- au contexte (prémédication, usage ou menace d'arme,...)

Il vaut mieux ne pas se prononcer sur une ITT que fixer une durée inadéquate ; et ne pas hésiter à prendre conseil auprès d'un médecin légiste si besoin ou mieux se récuser. Par contre, si la victime souhaite porter plainte, définir une ITT permet de faciliter ses démarches.

Certificat d'HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers)

Législation (Article L 3212-1 du Code de Santé Publique)

« Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :

1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;

2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels

soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée. »

En pratique (47, 48)

Pour la rédaction d'un certificat d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT), le médecin SMUR ne peut intervenir que dans le seul et unique cas qu'est le PERIL IMMINENT. Les autres situations ne justifient pas de la présence d'un médecin urgentiste.

Aux urgences, une HDT impose la rédaction de plusieurs pièces administratives.

Tout d'abord, une demande émanant d'un tiers. Il s'agit d'une demande manuscrite et signée d'une tierce personne qui peut être :

- un membre de la famille du patient
- une personne agissant dans l'intérêt de celui-ci.

Quelque soit le tiers demandeur, il doit toujours être "en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient" (arrêt du Conseil d'Etat du 03/12/2003). (49)

Ces relations peuvent être de nature personnelle ou professionnelle.

Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est rédigée par une tierce personne (le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement) qui en donne acte.

Elle comporte :

- les nom, prénoms
- profession
- âge
- adresse de la personne qui demande l'hospitalisation (tiers) et celle dont l'hospitalisation est demandée
- l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

Il est préférable que le tiers se rende, en même temps que le patient, dans l'établissement d'accueil afin d'attester de son identité et faciliter l'admission du patient.

Secondairement, deux certificats médicaux sont rédigés. Ils doivent dater de moins de 15 jours, être rédigés par des médecins thésés, non obligatoirement psychiatres et inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Le premier certificat est rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement hospitalier où le patient sera admis en HDT. Ce médecin ne peut être parent ou allié au 4ème degré avec le patient, la tierce personne demandant l'hospitalisation, le directeur de l'établissement d'accueil ou le deuxième médecin rédacteur.

Chaque certificat doit être rédigé de façon lisible et en langue française, sur papier libre (par exemple ordonnance en libéral ou ordonnance de l'hôpital avec nom, prénom et fonction du médecin et adresse de l'hôpital).

Le certificat doit indiquer le nom, la date de naissance et la domiciliation du patient. Comme il n'est pas couvert par le secret médical, il doit être rédigé en termes simples, en évitant les termes techniques et les hypothèses diagnostiques.

Pour rédiger le certificat, il est nécessaire :

- que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés : il est donc nécessaire qu'il s'entretienne avec le patient ou au moins tente de le faire ;
- que lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l'origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits ;
- que les faits soient circonstanciés : le médecin doit décrire les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de mettre le patient en péril

- que le médecin précise que **les troubles du patient rendent impossible son consentement.**

Les certificats doivent être adressés au directeur de l'établissement d'accueil. Il est possible de les adresser par fax, à condition que les originaux lui parviennent dans les 24 heures.

En pratique, un seul certificat médical est justifié car il s'agit souvent d'un péril imminent pour la santé du patient, et le directeur de l'établissement qui reçoit le patient peut prononcer son admission au vu d'un seul certificat médical sur lequel est clairement écrit que "*les troubles du patient constituent un péril imminent pour sa santé*". La demande du tiers reste bien entendu indispensable.

Certificat d'HO (Hospitalisation d'office) (47, 50)

Législation (Article L3213-1 du Code de Santé Publique)

"A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement."

En pratique

En pré-hospitalier, le médecin SMUR n'intervient dans la réalisation d'une Hospitalisation d'Office (HO) que dans un cas précis : pour une "action sédatrice" en cas de trouble de l'ordre public et/ou de troubles compromettant la sécurité d'autrui.

Les troubles de l'ordre public ne peuvent être constatés que par les forces de l'ordre, ce qui en fait un préalable d'intervention avant la rédaction d'un certificat d'HO par un médecin. Dans un second temps, le maire devra se rendre sur les lieux pour entériner la démarche. Mais il n'y a en théorie aucune obligation de constat médical, car en fait, les représentants de l'ordre public font appel à un médecin pour se prémunir "médicalement" d'une décision administrative abusive.

Mais dans d'autres cas, le rôle du médecin du SMUR sera avant tout purement sédatif (après avoir vérifié les antécédents), face à un trouble de l'ordre avant de rédiger un certificat.

Aux urgences, Les modalités de rédaction du certificat médical pour l'HO sont identiques à celles préconisées pour les certificats nécessaires à l'HDT en précisant que les troubles mentaux du patient nécessitent des soins immédiats et compromettent de façon grave la sûreté des personnes et l'ordre public. Il est recommandé que la décision s'appuie sur un certificat médical, même si la loi ne l'impose pas, plutôt que sur un simple avis

Deux procédures sont possibles :

- dans la procédure courante le médecin rédige un certificat médical circonstancié et le préfet prononce, au vu de celui-ci, l'hospitalisation d'office. Un médecin de l'établissement ne peut pas être certificateur.

- dans la procédure d'urgence, en cas de danger imminent, pour la sûreté des personnes, le médecin atteste de la dangerosité du patient et le maire peut alors prendre des mesures d'urgence. Un médecin peut être mandaté par le maire ou le commissaire de police pour le rédiger, dès que la situation le permet. Le certificat doit mentionner que *"les troubles mentaux du patient nécessitent des soins, et représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes, en portant de façon grave à l'ordre public"*.

Le maire de la commune et les commissaires de police des grandes métropoles signent un arrêté provisoire sur lequel le préfet statue sous 24 heures. Faute de confirmation préfectorale,

l'arrêté provisoire du maire ou du commissaire de police est caduc au bout de 48 heures.

Un certificat immédiat est établi dans les 24 heures par le psychiatre de l'établissement hospitalier, constatant la pathologie et justifiant l'hospitalisation ; un certificat confirme la nécessité du placement tous les 15 jours.

Arrêt de Travail (51)

Lorsque l'état de santé du patient ne lui permet plus de travailler, le médecin urgentiste doit rédiger un certificat initial d'arrêt de travail.

Cet arrêt de travail doit permettre au patient de percevoir des indemnités journalières quel que soit le régime de couverture.

Tous les éléments médicaux justifiant l'arrêt de travail doivent être précisés.

Il faut, le cas échéant, indiquer si l'arrêt de travail est lié à : une affection de longue durée, un état pathologique résultant de la grossesse.

Actuellement, la législation a été modifiée : en cas de sorties autorisées, il y a maintenant une obligation de présence au domicile entre 9h00 et 11h00 et 14h00 et 16h00 (ce pour les contrôles médico-administratifs) mais qui peuvent être étendues dès lors qu'elles sont justifiées.

Accident de Travail

Il s'agit d'un accident survenu, par le fait, sur les lieux et/ou à l'occasion du travail, ou lors d'un trajet domicile-travail ou travail-domicile, chez un salarié ou chez une personne travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour le compte d'un ou plusieurs employeurs (art. L 411-1 du Code de la sécurité Sociale). (52)

La législation relative aux accidents du travail est étendue à certains bénéficiaires tels les élèves des établissements techniques, les demandeurs d'emploi participant à des actions de formation, d'aide à la recherche d'emploi..., les personnes en stage de formation professionnelle continue...

Plusieurs critères doivent être réunis pour autoriser la qualification d'accident du travail (53) :

- Le caractère soudain de l'événement ou l'apparition soudaine d'une lésion
- l'existence d'une lésion corporelle quelle que soit son importance
- le caractère professionnel, c'est-à-dire la survenance de l'accident par le fait ou à l'occasion du travail

Pièce essentielle pour le suivi de l'accident, sa rédaction établie sur un imprimé peut être complétée par un compte rendu de première hospitalisation et de toute pièce médicale permettant d'établir la réalité de la lésion. Il est important que le médecin urgentiste réalise à cette occasion un certificat initial descriptif de qualité (et au-delà des lésions constatées, mentionner également les doléances de la victime en relation avec l'accident).

La causalité entre le fait accidentel et les lésions initiales est présumée établie. L'assuré n'a pas à en apporter la preuve. C'est la présomption d'imputabilité.

La rigueur dans la rédaction de cette première pièce médicale permet d'éviter des contentieux inutiles puisque seront prises en charge les complications apparues au cours du traitement ainsi que l'évolution de la lésion initiale causée par l'accident. Ce document dont un exemplaire reste en possession de la victime est archivé sans limitation de temps par la caisse. Il servira de base médico-légale en cas de rechute.

Certificat de décès (54, 55, 56)

Sans être le lot quotidien du médecin urgentiste, ce certificat fait partie de la pratique courante, surtout pour le médecin en SMUR qui est, plus que tout autre, confronté à des situations mortelles.

Précisons d'emblée qu'il est une évidence (qui n'apparaît pas toujours aux yeux de l'administration, grande pourvoyeuse d'attestations informatisées) : en SMUR, la rédaction de ce certificat ne peut être que manuelle, faite dans l'immédiateté.

Sans entrer dans un catalogue de toutes les situations, il est nécessaire d'apporter quelques précisions :

- la mort naturelle bien documentée permet en principe une rédaction aisée. Peut se

poser le problème de l'heure du décès qu'une connaissance des phénomènes cadavériques doit permettre de déterminer. De même, l'ablation d'un pace maker est maintenant bien connue comme une obligation du médecin présent (sinon de son signalement pour que le service des pompes funèbres y pourvoie)

- le suicide dit "conscient" donc documenté (écrit...) ne doit pas poser de difficultés majeures ; le problème de l'arme à feu ne doit pas générer obligatoirement la venue des forces de l'ordre

- la suspicion d'homicide (éléments en faveur, effraction, armes, lésions d'agression, etc...) doit, par contre, provoquer la venue des forces de l'ordre et justifie sans hésitation un obstacle médico-légal qui est le seul élément à mentionner sur le certificat, voir ne pas signer de certificat.

- plus délicate, la mort subite inexplicée (du sujet jeune ou inattendue de l'enfant, ou autre circonstance) qui doit alors impérativement motiver le médecin à demander à la famille de réclamer une autopsie scientifique pour connaître la cause du décès. Il s'agit bien là d'un devoir moral du médecin envers les tiers et ayants droits, mais aussi déontologique bien inscrit. Les modalités en sont strictes, le refus des ayants droits évitera toute question secondaire inopportune.

- également délicate, la situation du décès aux temps, lieu et/ou par le fait du travail. L'attitude est "simple", formelle et mettra fin à toute contestation future contre le médecin : certificat d'un obstacle médico-légal qui permet d'inverser la charge de la preuve au profit de l'ayant droit. En effet, cette position, très débattue mais très claire, permet en cas de contestation ultérieure de la Caisse Assurantielle quelconque du défunt, quant à l'imputabilité du décès au lieu et du fait du travail, de laisser à cet organisme la charge de la preuve de la cause du décès. Rédiger le certificat de décès sans obstacle médico-légal laisse l'ayant droit démuné de toute preuve d'imputabilité et en cas de contestation de l'organisme assureur, il devra réaliser exhumation et examens à ses frais. Répétons qu'il s'agit bien là d'un devoir moral du médecin envers les tiers ayants droits, mais aussi déontologique bien inscrit.

- enfin, la rédaction du certificat de décès induit la rédaction des certificats post-mortem pour les assureurs qui ont pris la fâcheuse habitude de demander au médecin ayant constaté le décès un certain nombre de précisions sur l'habitus du défunt, que ce médecin urgentiste et non traitant ne connaît pas. La prudence élémentaire sinon la rigueur imposent de ne certifier que ce qu'ils ont constaté, le reste ne relevant que de l'expertise...de l'assureur.

Enfin est-il utile de rappeler que toute personne décédée doit être :

- examinée complètement
- avec un descriptif fait dans le dossier médical
- et que les certificats doivent être remis qu'à ceux qui les demandent en toute (et uniquement) légalité

Remarque : réquisition

Le médecin urgentiste est souvent requis pour des certificats descriptifs, comme décrit précédemment.

Mais il est également requis pour des prélèvements sanguins ou autres biologiques :

- la réquisition a un formalisme (orale mais rapidement écrite dont il ne faut suivre et répondre qu'aux demandes et uniquement)
- les prélèvements se font en présence du requérant sauf exception
- l'examen médical est confidentiel
- en matière de Code des Débits et Boissons, le médecin ne peut se soustraire à la réquisition qu'il soit parent, allié, etc...avec la victime.

INFORMATION DU PATIENT (57)

Le médecin urgentiste ne peut se dispenser de ce devoir d'information au patient et de consentement sous prétexte "d'urgence": dans toute démarche de soins, il doit exister un contrat entre le soignant et le soigné ainsi qu'une information aboutissant sur un consentement éclairé.

Même en cas d'urgence relative, le médecin doit informer son patient des risques encourus, sauf risques exceptionnels (cf Loi du 4 mars 2002).

Les problèmes rencontrés aux urgences sont de deux types :

- tout d'abord, la relation médecin-malade est caduque car l'urgentiste affecté au patient n'est pas un choix de ce dernier : un contrat basé sur la confiance mutuelle est donc difficilement envisageable

- puis selon la situation et/ou le degré d'urgence, l'information exhaustive du patient n'est pas réalisable malgré toute la bonne volonté du médecin urgentiste. Il en va de même s'il s'agit de prévenir ses proches.

Seul l'urgence vitale semble être une dérogation à cette obligation excepté chez le patient encore conscient et en mesure de s'exprimer qui dans ce cas peut poser un cas de conscience au médecin urgentiste.

Ainsi, les conditions qui pourraient dispenser d'un consentement sont les suivantes :

- pronostic vital en jeu
- information délivrée sur les conséquences de refus de soins
- aucune alternative thérapeutique
- mesures prises indispensables et proportionnées

Le défaut d'information ou de consentement aux soins peut ainsi être un recours de poursuite judiciaire. C'est au médecin qu'il appartient d'apporter la preuve que l'information a été complète et comprise. Seul le caractère urgent permet de la rendre moins formel.

A noter que cette information prend tout son sens en cas de refus de soins.

REFUS DE SOINS (58, 59, 60)

"Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir." (art. 16.3 du Code Civil)

Le médecin urgentiste doit fournir à son patient des *"soins attentifs et consciencieux, et conformes aux données acquise de la science"* et assurer leur suivi comme énoncé dans les articles 32 et suivants du CDM. Cette activité doit se faire sans distinction d'origine, de religion, de mode de vie.

La médecine est une relation contractuelle entre soignant et soigné. Les deux parties doivent être d'accord mais chacun est libre de refuser cet engagement y compris le médecin sous certaines réserves.

Voyons donc les deux cas de figure.

Refus de soins émanant du patient

Nul ne peut contraindre un patient à accepter nos soins. Le patient peut donc tout à fait choisir l'abstention thérapeutique. Mais cela ne doit pas risquer de mettre le médecin en position délicate au plan de sa responsabilité. Il doit avant tout convaincre de la preuve de sa démarche. Si cela est impossible, la signature d'un document par lequel le patient déclare refuser les soins devra comporter impérativement :

- la date et l'heure
- l'identité du patient et du médecin concerné
- le diagnostic ou le risque diagnostic
- le degré d'urgence et les risques encourus (décès)
- la nécessité d'hospitalisation
- le refus du patient malgré une information claire et éclairée de la situation

En effet, le médecin doit en cas de litige apporter la preuve qu'une information adaptée sur les risques encourus a été fournie.

La loi du 4 mars 2002 affirme que *"le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix."* Cependant, il ne peut se retrancher derrière ce refus simple ou une absence de coopération : il doit au préalable s'efforcer de convaincre le patient, ainsi que son entourage de la nécessité de prise en charge, en veillant à leur laisser un temps de réflexion dans la mesure du possible.

Ceci étant, à la suite d'un nouveau refus, le document est remis au patient et consigné dans le dossier : il apporte la preuve, en cas de contestation, que le patient a pris le risque de se soustraire à la prescription qui lui avait été faite.

Refus de soins émanant du médecin

La clause de conscience a été accordée aux personnels médical et paramédical intervenant dans les IVG par la loi Simone Veil du 17 janvier 1975 : le législateur a admis que cette question puisse constituer un cas de conscience grave.

Ainsi, dans le cas de refus de soins de la part d'un médecin, nous pourrions évoquer différentes situations :

- ne souhaite plus continuer à prendre des risques d'engagement de sa responsabilité vis-à-vis d'un patient négligeant ou refusant de façon répétée de suivre ses prescriptions
- refus de soins chez un patient constamment en retard, avec un contact désagréable répété voir des menaces
- enfin cela peut aussi être des raisons personnelles

Le médecin a donc la possibilité de refuser ses soins à ce type de patient excepté les situations d'urgences.

Néanmoins, la continuité des soins doit être assurée comme le stipule l'article 47 du CDM. Le médecin devra donc aviser le patient de la situation et transmettre son dossier et informations au confrère choisi par ce dernier. Toutefois, cette procédure doit passer après la nécessité de maintien des soins et notamment en cas d'urgence.

La liste des pratiques quotidiennes du médecin urgentiste est longue et toutes les situations ne sont pas abordées : seulement les plus courantes qui peuvent poser des difficultés particulières.

EXEMPLES DE JURISPRUDENCE

EN MEDECINE d'URGENCE

Pour étayer les propos ci-dessus, voici quelques exemples de jurisprudence.

Cas n°1

L'interrogatoire de la famille et des proches est fondamental et ne doit pas être négligé. Un médecin a été condamné pour diligence insuffisante en diagnostiquant une maladie psychiatrique chez un patient atteint en réalité d'une méningite. Il avait négligé de procéder à un interrogatoire soigneux de la compagne du patient. (61)

Cas n°2

La condamnation en première instance d'un médecin SMUR appelé dans un restaurant pour une jeune femme ayant développé un malaise, étiqueté vagal avec chute... mais qui décèdera quelques heures plus tard d'un hématome extradural. Les magistrats ont retenu le lien de causalité et ont condamné pour négligence (absence d'une prise en compte suffisante de l'interrogatoire de l'entourage) et imprudence (absence de consignes précises en cas d'apparition de signes neurologiques). (62)

Cas n°3

Dans un arrêt du 30 mai 2002, la cour administrative d'appel de Nancy a condamné un centre hospitalier pour faute commise par un médecin régulateur qui n'a pas envoyé immédiatement une équipe dotée de matériel de réanimation au domicile des demandeurs, mais leur a adressé un médecin généraliste, alors que les symptômes invoqués auraient dû le conduire à envisager d'abord l'hypothèse d'une angine de poitrine ou d'un infarctus et non d'un problème lié à l'anxiété. Pour la cour administrative d'appel de Nancy, *"compte tenu du retard mis par l'ambulance, alertée tardivement, pour venir sur les lieux, alors que des traitements efficaces existent en cas d'intervention rapide, le préjudice subi est dans sa totalité la conséquence de cette faute"*. (63)

Cas n°4

Un homme de 45 ans décède à son domicile d'un infarctus du myocarde, avant l'arrivée du médecin envoyé par le SAMU qui avait été saisi d'une demande de secours 50 minutes plus tôt, par l'épouse de la victime. Celle-ci a poursuivi le médecin régulateur du SAMU devant le tribunal correctionnel en lui reprochant d'avoir dirigé vers leur domicile un médecin de secteur au lieu d'une ambulance, ce qui a entraîné pour la victime la perte d'une chance d'être sauvé.

Le médecin régulateur est condamné pour homicide involontaire par la cour d'appel de Metz. Il se pourvoit en cassation en faisant valoir que l'erreur d'appréciation qui a provoqué un retard dans les soins et ainsi contribué à la survenue du décès ne pouvait constituer la faute caractérisée qui doit être prouvée (pour mettre en cause la responsabilité pénale du médecin pour atteinte involontaire à l'intégrité physique ou psychique d'une personne) lorsque l'acte du praticien est la cause indirecte de la mort. Il sera malgré cela condamné pour son attitude inadaptée à la situation. La Cour de Cassation rejette son argument. En effet, le médecin régulateur, au centre de réception et de régulation des appels médicaux du SAMU, est censé déclencher une réponse adaptée à la nature des appels téléphoniques et assurer le suivi des informations. Il lui est reproché d'avoir négligé et mésestimé les explications de la femme du malade et d'avoir omis de lui poser les questions complémentaires qui lui auraient permis d'affiner son évaluation de la gravité de la situation et d'apporter une réponse appropriée. Le prévenu aurait dû dépêcher sur place une des trois ambulances disponibles au lieu d'envoyer

un médecin de quartier dépourvu de moyens d'intervention. Le prévenu a *"contribué à créer la situation ayant permis la réalisation du dommage (le lien entre la faute et le décès est indirect mais certain), et a commis une faute caractérisée exposant le malade à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer eu égard à son expérience de praticien et aux informations qui lui étaient communiquées"*. Il est important de souligner que les juges ne sanctionnent pas l'erreur de diagnostic en tant que telle, mais l'attitude du médecin qui a procédé de manière *"rapide, superficielle et incomplète à l'interrogatoire téléphonique de l'épouse"* conséquence de la réelle impatience dont il a fait preuve envers son interlocutrice. (64)

Cas n°5

A 18h05, Mr A. ouvrier, appelle le SAMU et signale à la permanencière que son voisin *"fait une crise d'épilepsie ou quelque chose dans ce genre"*. Dans la salle de régulation, les amplificateurs sont activés, le médecin régulateur ne prend pas la communication mais demande à la permanencière de prendre contact avec le médecin traitant. Ce dernier indique qu'il se rendra au chevet de son patient après ses consultations vers 20 heures.

A 20h20, le médecin traitant arrive sur les lieux: détectant une hémorragie interne digestive, il appelle le SAMU, lequel arrive après le décès qui survient à 20h42.

Une procédure pénale pour non-assistance à personne en danger est ouverte contre la permanencière et le médecin régulateur. La première fait l'objet d'un non-lieu mais le second sera condamné.

Après enquête policière, le juge a estimé que l'imprécision du témoignage de Mr A. aurait dû éveiller les soupçons du régulateur. N'étant pas au téléphone avec d'autres appelants, il aurait dû prendre la communication et pousser les investigations. Il aurait ainsi découvert que le patient saignait, ce que Mr A. avait remarqué sans penser spontanément à le dire à la permanencière. De même le régulateur n'a pas réagi lorsque le médecin traitant a repoussé sa visite de plus de 2 heures, laissant le danger s'accroître pour le patient.

Pour ces raisons, le tribunal le condamne à 2000 euros d'amende, peine assez faible, et assortie du sursis, compte tenu de la surcharge des permanences liées, cette soirée là, à la grève des gardes. (65)

Cas n°6

Le SAMU du CHU de Grenoble a été mis en cause dans un rapport d'expertise de juillet 2010, dans le cadre d'une instruction menée après le décès en 2008 d'une patiente de 38 ans victime d'une crise cardiaque. L'expert médical a été désigné par le magistrat chargé de mener l'instruction à la suite d'une plainte déposée en 2008 par le mari de la victime, qui reproche au SAMU de ne pas s'être déplacé et au service des urgences d'avoir manqué à ses obligations. Le 10 mars 2008, Mme A. a été victime d'un malaise sur son lieu de travail. Elle est examinée par un médecin de SOS Médecins, après un appel lancé au SAMU du CHU de Grenoble, "*qui n'a pas jugé opportun de se déplacer*", estime le mari de la victime, selon le dépôt de plainte. Admise aux urgences du CHU de Grenoble en fin d'après-midi, après y avoir été conduite par son mari, la jeune femme en est sortie aux alentours de minuit. Mais à son arrivée chez elle, elle a été victime d'une attaque cardiaque. Contacté par le mari, le SAMU a décidé de ne pas se déplacer et a fait appel à un médecin de ville. A son arrivée, celui-ci, qui avait été précédé par les pompiers, a tenté en vain de ranimer la jeune femme. Dans ses conclusions, l'expert met en cause à la fois "*le départ précipité de l'intéressée du centre hospitalo-universitaire*" et d'autre part, "*une obstination du SAMU, appelé dans la nuit, à ne pas vouloir se déplacer en ne prenant pas en considération toute la dimension émotionnelle de l'appelant au téléphone, qui était aux côtés d'une femme qui avait déjà été hospitalisée et qui était en train de partir.*" L'expert estime également que lors de son passage aux urgences pour douleur thoracique, la patiente aurait dû bénéficier d'un 2^e prélèvement biologique.

Cas n°7

Une patiente de 67 ans consulte aux urgences pour une plaie survenue lors de travaux de jardinage. L'interrogatoire ne permet pas d'évaluer avec certitude son statut vaccinal. Le médecin urgentiste qui l'a prise en charge estime qu'il y a un risque tétanigène élevé de cette plaie et prescrit une injection d'immunoglobulines humaines antitétaniques. Cette dernière est refusée car la patiente invoque une "*peur panique des piqûres*", ce dont le médecin prend acte. La patiente regagne donc son domicile et va développer un tétanos généralisé à la suite

duquel elle passera deux mois en service de réanimation polyvalente avec des séquelles fonctionnelles lourdes à sa sortie.

Six mois plus tard, elle décide de porter plainte sur le fondement de la violation d'obligation d'information. Elle soutient n'avoir reçu aucune explication du médecin sur les risques encourus du fait de cette abstention de vaccination et précise ne disposer d'aucune connaissance médicale.

Le jugement rendu condamne l'établissement du fait de la faute du médecin : celui-ci est tenu, en cas de refus de soins d'un patient, de tenter de convaincre ce dernier des risques encourus par une telle abstention. C'est le "refus éclairé" où le niveau d'information dépend de l'interlocuteur et doit être adapté.

Il est important de rappeler que l'établissement et le médecin supportent la "*charge de la preuve*" : l'obligation de rédiger un compte-rendu (cf art. 59 du Code de Déontologie Médicale) constitue à cet égard un élément de preuve très précieux. (66)

Cas n°8

Un patient de 71 ans traité par anti-vitamines K (AVK) pour une thrombose veineuse profonde est admis aux urgences suite à la constatation de troubles moteurs et sensitifs d'apparition brutale. Le scanner réalisé met en évidence un petit hématome sous-dural qui conduit l'anesthésiste à lui administrer de la vitamine K afin d'obtenir une correction de l'hémostase. Six heures plus tard il est conduit au bloc opératoire où il est pris en charge par l'équipe neurochirurgicale. A l'issue de l'intervention, le patient conserve des séquelles neurologiques qu'il considère comme liées au retard de prise en charge : délai de latence trop long entre l'admission et la prise en charge chirurgicale. Il intente donc une action en justice. L'expertise conclut que "*l'administration d'un traitement adapté (vitamine K et KASKADIL®) aurait permis d'obtenir une correction de l'hémostase plus précoce autorisant l'évacuation de l'hématome sous-dural dans de meilleurs délais, avec une levée plus rapide de la compression cérébrale et, probablement, des séquelles neurologiques de moindre importance*".

Le retard a ici contribué à l'installation d'un préjudice. Le Tribunal a retenu que le retard à intervenir constitue une faute ayant fait perdre une chance au patient de conserver de moindres séquelles même s'il demeure impossible de le démontrer avec certitude. (66)

Cas n°9

Un médecin urgentiste est appelé au domicile d'une jeune femme de 30 ans pour malaise. L'interrogatoire minutieux de celle-ci (visite d'une heure) montre qu'elle n'a aucun antécédent cardiovasculaire, mais qu'elle est angoissée car elle fêtait, ce jour là, son trentième anniversaire. A noter que le jour de ses 15 ans, on lui avait diagnostiqué une maladie de Hodgkin, considérée comme guérie depuis. L'examen clinique est sans particularité, mettant seulement en évidence une surcharge pondérale.

Le médecin conclut à une simple crise d'angoisse, lui donne un comprimé d'ATARAX® et lui propose, sans insister la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), qu'elle refuse. Il quitte le domicile en laissant une lettre à l'intention du médecin traitant.

Trois heures après son départ, la jeune femme fait un nouveau malaise dans ses toilettes alors que son mari, rassuré par la visite du médecin était allé travailler. C'est sa fille de 6 ans qui va prévenir la voisine, cette dernière alertant immédiatement le SAMU. Aucun des interlocuteurs successifs (permanenciers, régulateur) ne comprit l'urgence de la situation puisque cinq autres appels furent nécessaires pour envoyer une ambulance non médicalisée.

Entre temps, la jeune femme avait perdu connaissance et à l'arrivée au centre hospitalier voisin, les médecins purent constater qu'elle était en coma stade II, qu'elle présentait un BAV de 3^e degré et qu'elle avait un infarctus du myocarde postéro-diaphragmatique, compliqué d'un état de choc cardiogénique. Malgré une désobstruction mécanique de la coronaire droite pratiquée en urgence, la jeune femme décède deux jours plus tard.

Une plainte pénale pour homicide involontaire et non-assistance à personne en danger fut rapidement déposée par le mari. Cette plainte reproche en premier lieu au médecin urgentiste son erreur diagnostique, d'autant plus inacceptable que dans le courrier destiné au médecin traitant, il décrit une douleur comme *"une oppression rétrosternale spasmodique avec engourdissement des deux bras et douleur du maxillaire inférieur apparue il y a environ une heure"*, sans pour autant réaliser un ECG.

Cette plainte reproche en second lieu au médecin régulateur du SAMU de ne pas avoir réagi plus tôt aux six appels téléphoniques et d'avoir finalement choisi d'envoyer une ambulance privée alors que sa femme était dans le coma.

Les deux experts cardiologues missionnés par le juge d'instruction se montrèrent particulièrement sévères pour le médecin dépêché au domicile, en attribuant à une "négligence" le fait qu'il n'ait pas réalisé d'ECG *"en présence d'un tableau typique d'infarctus du myocarde"*, et surtout en concluant que si cette négligence n'avait pas été commise *"le décès aurait certainement pu être évité"*. Ils furent un peu plus cléments à l'égard du médecin régulateur, estimant que s'il avait été négligent dans la prise du bilan, ceci était consécutif à une surcharge de travail au moment de ces appels.

Fort de ces éléments, le juge d'instruction ordonna un non-lieu pour le médecin régulateur mais renvoya le médecin urgentiste devant le tribunal correctionnel. Sa relaxe fut néanmoins prononcée par les magistrats considérant que le lien de causalité entre la faute et le dommage n'était pas suffisamment démontré pour que l'infraction pénale d'homicide involontaire soit caractérisée. (67)

Cas n°10

Un patient de 87 ans atteint depuis deux ans d'un cancer du rein non opéré et présentant une rétention aiguë d'urine a été admis le 24 Novembre 2001 à 8h30 au service des urgences. Après deux tentatives infructueuses de sondage, une échographie a été réalisée à 11 heures, donnant lieu à un compte-rendu vers 12h30. L'interne a tenté de joindre en vain l'urologue et a donc décidé d'un nouveau sondage, pratiqué avec succès vers 15 heures. Le patient a été transféré à 17h30 dans un autre centre hospitalier, après que le chirurgien viscéral (faute d'urologue) ait donné son accord vers 15h30. Le patient est décédé dans ce centre une heure après y être arrivé.

La fille du patient a souhaité porter plainte contre l'hôpital, non pas pour préjudice moral qu'elle a subi en raison du décès de son père, mais parce que le service des urgences n'a, à aucun moment, proposé un traitement antalgique à son père.

A la suite du jugement, le tribunal administratif a condamné le centre hospitalier à verser une indemnité financière à la fille du patient. (68)

REFLEXION ET COMMENTAIRES

Urgences? Urgentiste? Régulation? Ranimation, réanimation, sapeur pompier, secouriste, agonie, poly pathologie, centre 15, CRRA, médecins de garde, hospitalisation, soins à domicile, survie, intervention primaire secondaire, pré hospitalier, SU, soins intensifs, soins continus, déchoquage, surveillance continue, aléa, responsable, gestes adaptés, protocoles, recommandations, consensus d'experts, formation universitaire, formation sur le terrain, fatigue, isolement, échographie appareillages etc etc.....

D'où viens-je, où vais-je, qui suis-je ?

Urgentiste, urgence et responsabilité

Dans son exercice quotidien, le médecin urgentiste doit, face à l'urgence, se fier à un examen clinique des plus complets donc des plus sûrs.

En effet, souvent dépourvu d'un certain nombre d'examen complémentaires (en particulier en pré hospitalier) ou face à des délais trop longs par rapport à l'exigence d'une situation, l'examen clinique est le point de départ de sa réflexion et de ses hypothèses diagnostiques et thérapeutiques. Il va donc définir une stratégie de prise en charge à partir de ses éléments en gardant toujours à l'esprit que le tableau clinique peut évoluer dans le temps et que des examens complémentaires pourront étayer ses hypothèses, voir les modifier.

C'est donc cette prise de décision conséquente qui génère la responsabilité qui pèse sur les épaules du médecin urgentiste.

A ces considérations s'ajoute un devoir d'information systématique. Il doit donner au patient (et à son entourage) les éléments médicaux transcrits en langage adapté au niveau de compréhension des receveurs ; éléments qui doivent leur permettre de coopérer à la justification des soins.

Mais le médecin doit s'efforcer d'adopter une certaine réserve à ce qu'il propose : il n'est pas toujours sûr du diagnostic final et sa thérapeutique est basée sur son hypothèse diagnostique la plus probable. Il doit malgré tout anticiper le pire pour ne pas être pris au dépourvu, tout en veillant à ne pas être délétère avec les médicaments administrés. Le médecin urgentiste doit garder en tête que pour obtenir le consentement éclairé de son patient dans la prise en charge (si la situation le permet), l'information ne peut être succincte.

Il doit ensuite veiller à remplir le dossier médical de la manière la plus exhaustive possible sans n'omettre aucun fait essentiel (refus de soins, agressivité du patient vis-à-vis du personnel,...). L'examen clinique doit être transcrit en totalité avec les horaires ainsi que les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques délivrées : c'est à partir de ses données qu'est bâtie la prise en charge et la justification de la conduite à tenir.

Prendre des décisions dans l'urgence, avec des données peu tangibles dans un laps de temps très court, génère une responsabilité énorme.

Chacun de nos actes est motivé par le souci de ne pas engager le pronostic fonctionnel et/ou vital. Agir dans l'urgence ne veut pas dire "vite fait" sans stratégie : mais cela peut engendrer des situations cliniques que des confrères spécialistes intra hospitaliers, s'empresseront de critiquer, nous qualifiant au passage de tous les noms. L'intervalle de temps très court pour prendre nos décisions constitue le fondement même de ce métier : c'est la réactivité, les réflexes (pas médullaires) d'urgentiste qui peuvent faire basculer les situations d'instable à stable. L'immédiateté ne permet pas de programmation ou de consultation de contrôle pour vérifier notre thérapeutique.

Urgences et avenir

"Aujourd'hui vous me sauvez, mais pour quel avenir?" (69)

Pourquoi un tel mépris de la part de certains confrères ? Est-ce l'accueil tout azimut qu'ils n'admettent pas ? Est-ce le manque d'organisation qui affole ces médecins qui travaillent dans des services aux règles soi disant bien définies? Est-ce le fait que l'hôpital, jusque là "réservé" aux spécialistes, ouvre ses portes aux médecins avec une formation de généraliste ?

Les services d'urgence existent pour gérer l'immédiateté...urgente à contrario des services de spécialités qui ont une programmation des soins. Faut-il rappeler que l'accueil sans distinction de tout patient est un devoir fondamental de la profession ? Cette pratique, actuellement désuète, de l'accueil du "tout venant" à l'hôpital semble perturber les médecins spécialistes. Les "patients des urgences" à hospitaliser ne sont pas tous classables en GHM et posent le problème du secteur d'hospitalisation dans des services hyperspécialisés qui ont du mal à concevoir la polypathologie ! Ces patients qui s'inscrivent difficilement dans la dynamique professionnelle des spécialités doivent-ils être laissés pour compte ?

Comme Mintzberg l'a démontré : *"En médecine, la spécialisation n'a pas que des conséquences heureuses. Les progrès (par exemple la chirurgie à cœur ouvert, le contrôle de la tuberculose, les greffes d'organes) ont été permis par la spécialisation du travail de recherche et du travail clinique, mais la spécialisation a aussi créé toutes sortes de barrières artificielles : peu de médecins traitent le corps comme un tout ; ils traitent plutôt les artères bouchées, les tensions psychologiques ou le déséquilibre du régime alimentaire. Si la spécialisation horizontale est poussée, l'organisation voit apparaître des problèmes d'équilibrage". (70)*

Les services d'urgence restent aujourd'hui l'un des lieux intra l'hospitalier où le patient est considéré et traité dans sa globalité : il est le *"sujet total aux difficultés imprécises"*. (71)

Le constat est que l'hôpital n'arrive pas à concilier performance et humanité.

De fait, des réformes de l'organisation de système de soins sont souhaitables et les acteurs de la médecine d'urgence en ont conscience. A ce titre, le Conseil National des Urgences Hospitalières (CNUH) a vu le jour le 10 janvier 2010. Ce dernier est chargé d'émettre des propositions pour améliorer la prise en charge en urgences des patients au sein des

établissements de santé : son mandant est de trois ans. Et ce changement est nécessaire, car d'après les "stratégues", l'affluence aux urgences devrait aller croissante.

Ainsi, pour diminuer l'engorgement des urgences, il pourrait être poursuivi la création de filières, à l'instar de celle pour l'infarctus du myocarde (IDM) ou l'accident vasculaire cérébral (AVC), afin de limiter le temps de passage. De fait il peut être imaginé ce principe pour les patients en fins de vie ou les patients grabataires : les services d'urgence en relation avec l'HAD (Hospitalisation à Domicile) local pourraient favoriser le retour à domicile et donc maintenir la continuité des soins.

Intégrer les maisons médicales de garde aux (ou près) services des urgences, permettrait de gagner en fluidité, avec une meilleure qualité de prise en charge et sans doute une économie.

La régulation des SAMU-centres 15 va connaître un accroissement du nombre et des motifs d'appels : réorganiser, au risque d'être coercitif, l'engagement des médecins libéraux sur le terrain devient impératif à court terme.

Avec internet, il pourrait être imaginé la création de site pour permettre au grand public de s'informer en fonction de tableaux indicatifs (ex : fièvre chez l'enfant) avec le recours adapté à la situation et éviter l'engorgement des CRRA et des services d'urgence. Il peut aussi être imaginé par ce biais pouvoir délivrer des messages de sensibilisation sur de grands thèmes tels les AVC ou IDM par exemple.

Le service des urgences représente un filtre entre la population et l'hôpital. Les patients ne sont plus uniquement des patients d'un seul service dit des urgences mais un patient global pris en charge par l'ensemble des structures de soins de l'hôpital lui même dans sa globalité et au-delà avec les réseaux du territoire.

Les perspectives d'avenir que propose le Docteur DANET ont un intérêt tel qu'elles semblent être une marche à suivre pour donner un nouvel élan à l'hôpital. *"Il faut pouvoir concevoir les urgences comme une institution à part entière, en se donnant les moyens de légitimer l'idée que la crise qui conduit un patient à l'hôpital doit être traitée comme un risque de rupture dans une trajectoire, et non pas seulement comme la survenue d'une défaillance (organique, fonctionnelle, sociale ou psychique) transitoire. Le système sanitaire deviendrait alors explicitement institutionnel en cela qu'il instaurerait le processus par lequel des forces marginales, destructrices et anomiques, doivent être reconnues comme telles par la société. A ladite société de définir pour les individus en question des moyens cohérents de refondation de l'autonomie.*

Afin que le système de soins s'inspire de l'activité de l'urgence pour repenser son

organisation, l'urgence doit tout d'abord fonder et négocier sa mission institutionnelle à deux niveaux :

- L'institution Urgences doit démontrer que son activité non programmée est garante de la stabilité des activités : en amont, des soins de proximité ; en aval, des services hospitaliers spécialisés. Puisque la médecine, dans son développement scientifique et technique, a besoin de se segmenter, de rendre prévisibles ses prestations et de programmer ses interventions, elle se doit d'inclure les principes de régulation qui fondent sa dynamique. L'urgence est le dispositif qui occupe cette fonction de régulation des flux par sa position d'interface et de filtre. C'est en ce sens qu'elle est la gardienne de la stabilité du modèle technico-professionnel.

- L'institution Urgences doit structurer un modèle d'intervention autour du risque de rupture dans la trajectoire de vie. Ce modèle doit faire l'objet d'un apprentissage de la part des soignants et d'une mise en scène qui lie cette dynamique d'apprentissage à la production de connaissances nouvelles, au service du développement de la discipline « urgences ». La régulation des trajectoires doit apparaître comme ce qui normalise les rapports aux autres acteurs du système de soins de la ville et de l'hôpital, et donc ce qui fonde les conventions d'ajustement avec eux. En ce sens, l'observation des trajectoires de soins constituerait une forme nouvelle de « pratique clinique » qui permettrait d'enrichir la réflexion sur ce qui constitue la régulation". (72)

Et de rajouter "qu'il est (...) nécessaire de faire cohabiter la médecine hospitalière, de ville et de proximité au sein de la faculté de médecine. Par ailleurs, le corpus scientifique qui structure les études médicales et la segmentation en spécialités et en services de spécialités doit s'enrichir d'une connaissance approfondie des populations âgées et en détresse psychosociale. Il ne s'agit pas seulement de hisser au grade de spécialiste les généralistes, gériatres et urgentistes ou de créer des postes supplémentaires de psychiatres et d'assistants sociaux dans les hôpitaux et leurs urgences, il faut aussi insérer d'autres disciplines considérées aujourd'hui comme non médicales dans l'approche clinique. La sociologie, la psychologie, la gérontologie (c'est-à-dire la connaissance du grand âge, indépendamment de la question de la maladie), l'économie de la santé et l'étude des enjeux institutionnels de la médecine doivent faire partie non seulement des connaissances à acquérir, mais aussi des grands axes de recherche de la médecine universitaire. Enfin, il faut que l'administration hospitalière parvienne à se dégager de la stricte mise en scène des exigences réglementaires de maîtrise des coûts guidées par les principes gestionnaires d'une recherche d'efficience." (73)

Il est important de retenir que la notion de trajectoire de vie doit être présente à l'esprit de tout soignant (d'où la nécessité fondamentale de prendre en charge un patient dans son ensemble autant que faire se peut). La médecine évolue constamment et comme le souligne le Docteur DANET, les médecins urgentistes (mais certainement les autres médecins aussi) doivent s'ouvrir à de nouvelles pratiques (la sociologie, la psychologie, la gérontologie) qui seront indéniables dans les années à venir. En terme d'économie de santé, il semble que les générations actuellement en formation soient très sensibilisées sur le sujet. Et la gouvernance administrative doit se convaincre que l'hôpital, comme les patients, évolue et que la "vérité" d'hier n'est plus celle d'aujourd'hui.

Doivent émerger de nouveaux repères administratifs et médicaux afin que le système de santé puisse s'adapter à la demande des usagers et non l'inverse.

Urgentiste et formation

Le Docteur DANET commente : *" la création d'un DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) de médecine d'urgence, « sur spécialité » de la nouvelle spécialité de médecine générale, dont la maquette est en panne du fait des difficultés qu'ont les urgentistes à délimiter leur pratique dans un contexte où leur absence de formation pour cet exercice ne favorise pas leur aptitude à la réflexion universitaire."* (71)

Devenir médecin urgentiste aujourd'hui nécessite d'intégrer la formation du DESC de médecine d'urgence, en deux années, dont la maquette comprend quatre stages :

- dans un service d'urgences adulte,
- dans un service d'urgences pédiatriques,
- dans un SAMU,
- dans un service de réanimation polyvalente.

Auxquels s'ajoutent des cours théoriques, empiriques, souvent hyperspécialisés et manquant de notions pratiques, et des mises en situation sur mannequin permettant d'associer la théorie à la pratique.

Il existe d'autres formes d'enseignement, et pas seulement pour la médecine d'urgence. Un enseignement pragmatique où les étudiants, par petits groupes et sous contrôle professoral, construisent le cours sur les cas pathologiques d'urgence les plus fréquents, au détriment de cas plus rares à évoquer secondairement après avoir acquis une parfaite connaissance des grands tableaux cliniques (enseignement des étudiants en médecine canadiens).

La médecine d'urgence est une spécialité jeune (2004), qui à ce titre se cherche encore en termes d'enseignement et d'identité. Quelles furent les prémices de spécialités comme la cardiologie, la psychiatrie, etc..., avant d'être ce qu'elles sont aujourd'hui et ce qu'elles seront demain?

A ceux qui reprochent le manque d'efficience de la médecine d'urgence, il existe des consensus et des axes de travaux et réflexions menés par les sociétés savantes adéquates : SFMU, SFAR et SRLF.

A ceux qui reprochent l'appropriation de gestes ou techniques confirmés, venus d'autres spécialités, c'est par la preuve de leur efficacité, de leur reproductibilité et de leur place dans l'urgence qu'ils ont été adoptés. Ces gestes constituent une des bases des connaissances et du savoir de la médecine d'urgence : l'homme de tout temps s'est inspiré de son environnement, l'a copié et assimilé avant de le parfaire.

Ainsi découle un métier au carrefour de savoirs...et de l'hôpital. La formation initiale de médecine générale est intéressante en ce sens qu'elle apprend à synthétiser des données venant de tous horizons ; elle donne une vision globale des situations. Les stages obligatoires offrent la possibilité d'acquérir les savoirs inhérents à cet exercice. Ensuite, l'expérience de terrain vient consolider ses bases, que la FMC (Formations Médicales Continues) et les consensus d'experts et autres...confortent ou modifient.

Au même titre que l'hôpital, la médecine d'urgence spécialité jeune, évolue et, se doit de tout mettre en œuvre pour des soins adaptés au patient et sa sécurité. Si la forme n'est pas aboutie, le fond est quand à lui tout à fait honorable.

CONCLUSION

L'augmentation permanente du nombre d'urgences pré hospitalières et hospitalières est un phénomène socioculturel qui semble commun à tous les pays occidentaux. Ces urgences recouvrent des réalités médicales et sociales extrêmement diverses.

Le médecin appelé en urgence doit savoir évaluer l'état de gravité, présenté ou potentiel, traiter dans l'urgence puis orienter vers la structure adaptée.

Le médecin urgentiste doit savoir hiérarchiser les situations, gérer les flux de patients, savoir répondre à un afflux brutal en cas de catastrophe, tenir informés les patients dont il a la charge, tout en exerçant dans une structure où les moyens mis à dispositions ne sont pas toujours adaptés à l'activité (locaux, personnel médical et paramédical, matériels...)

Dans ce contexte, le médecin urgentiste n'est pas seulement confronté au risque de non assistance à personne en danger (régulation), ou à un manquement d'obligation de moyens, il doit aussi gérer d'autres situations responsables : relation avec les autorités judiciaires, les certificats médicaux, le secret professionnel, les maltraitances...

Compte tenu du vieillissement de la population, les urgentistes vont être confrontés aux problèmes des patients en fin de vie : limitation des soins ou arrêt de soins ?

Pour limiter les risques, le respect strict des consensus et recommandations en médecine d'urgence, la rédaction de qualité du dossier médical, un compte rendu de tout événement indésirable (conflit avec le patient et/ou l'entourage, avis divergeant avec le médecin spécialiste...), doivent être la règle. Ces documents pourront ultérieurement retracer la chronologie des faits et rendre compte des actes réalisés.

Il par ailleurs est important de préciser que la médecine de l'urgence regroupe trois métiers bien distincts : la régulation médicale, l'activité en SMUR et l'activité en service d'urgences ; chaque composante possède des caractéristiques et risques médico-légaux spécifiques. Le médecin urgentiste devrait être un médecin polyvalent.

Mais ces trois exercices ont des caractéristiques communes : le dossier médical, l'information du patient (et de ses proches), le secret médical et le refus de soins, communauté de risques inhérentes à tout médecin qui prend en charge un patient. Mais, à la différence de ces confrères, le médecin urgentiste n'a pas de véritable contrat moral médecin-malade : rarement dans l'urgence le "soigné" choisit son "soignant". Enfin, il est toujours bon de rappeler que, quelle que soit l'activité, le respect des bonnes pratiques médicales et des règles d'éthique reste le devoir de tout médecin.

La médecine d'urgence s'est individualisée comme une spécialité universitaire depuis 2004, validant des connaissances médicales, chirurgicales et psychiatriques. L'avenir semble s'orienter vers la conception d'un DES de médecine d'urgence. Dès lors, si l'hôpital a évolué, au même titre que la médecine dans son ensemble, vers une hyperspécialisation, ne peut-on s'interroger sur la volonté de spécialiser la médecine d'urgence ? Laquelle médecine d'urgence concerne l'individu dans sa réalité poly pathologique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Danet F. Gansel Y. Les pratiques médicopsychologiques inspirées par la psychanalyse dans les services d'urgence – état des lieux et perspectives, Science Direct 2008.
- (2) Imbert J. Histoire des hôpitaux français. Paris: Vrin; 2000
- (3) Foucault M. La naissance de la clinique (1963). Paris: Presses Universitaires de France; 2000.
- (4) Lenay O, Moisdon JC. La création d'un métier d'interface dans la fonction publique hospitalière : la place des départements d'information médicale. Paris: École des Mines de Paris; 2004.
- (5) Au secours de la vie — la médecine d'urgence, Xavier Emmanuelli, Julien Emmanuelli, éd. Gallimard, Coll. Découvertes Gallimard n°281, 1996, 144p, ISBN 2070533247
- (6) Propos rapporté par Paul Fennoll, "le point de vue du conseil de l'ordre des médecins", in *La responsabilité médicale : de la faute au risque*, E.N.M, 1996, p 235.
- (7) www.jurisque.com/jfc21.htm
- (8) www.information-juridique.com/droit-sante/responsabilite-penale-medicale_111.htm

(9) La Responsabilité Médicale : de la faute au risque – Essais et recherches judiciaires – École Nationale de la Magistrature. Session de formation continue ENM – 29 mai – 2 juin 1995

(10) Scotti J-C, *La responsabilité juridique du cadre de santé*, Lamarre 2007, p.143

(11) www.collesgesto.com/Juridique/1%20r%20civile%20m.htm

(12) [http://fr.jurispedia.org/index.php/Responsabilité_administrative_\(fr\)](http://fr.jurispedia.org/index.php/Responsabilité_administrative_(fr))

(13) Rougé-Maillart C. La Responsabilité Médicale, www.smlc.asso.fr/smlc/enseignement/pdf/responsabilite.pdf

(14) Alméras J-P. *Exercice de la médecine. Principes généraux*. In *Medico*, 1995, Flammarion, Paris.

(15) Crim. 9 mai 1956, JCP, 1956, II, 9435.

(16) CA Limoges ch.corr. 17 septembre 1997

(17) Biclet P. *Un exemple de faute lourde détachable du service*. *Médecine et Droit* 1998 ; 29 : 20.

(18) Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 dite loi HPST

(19) Étude Lamy n°505 "*Responsabilité disciplinaire*"

(20) De la décision CE, 19 oct. 1956 à CE, 29 janv. 1997, n°155012.

(21) Étude Lamy n°505-32 et 33 "*Responsabilité disciplinaire*"

(22) Étude Lamy n°209-102 "*Procédure disciplinaire*"

(23) <http://www.commissions-crci.fr/>

(24) Civ. 2°, 25 oct. 1955.

(25) Loubry N. *Le Concours Médical*, 11 septembre 1999, p 2126.

(26) Robert Gruau, *Régulation Médicale et responsabilités*, 22,23. Responsabilités, Trimestriel, Volume 5, n° 19 –Septembre 200.

(27) Francisco Jornet, *Régulation médicale des appels et responsabilité médicale*, Médecine et Droit. 2005 155-160.

(28) Malicier D. *La responsabilité médicale*. Édition ESKA/Édition Alexandre Laccassagne, 1999.

(29) Decroix G. *Données de la jurisprudence*. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 2002 ; 21 Suppl 1 : 169-74.

(30) Muller P. Goldstein P. *Aspect médico-légaux de l'aide médicale urgente*. Rev. Samu 1989 ; 5 : 169-74.

(31) Hoerni B. *Appels téléphoniques des patients et déontologie médicale*. Bulletin de l'Ordre des médecins. Mai 1999 : 10-12.

(32) Soutoul J.H. *Le médecin face à l'assistance à personne en danger et à l'urgence*. Paris, 2^{ème} édition Maloine, 1991.

(33) Ludes B, Hauger S. Les responsabilités médicales dans les services d'urgence. *Reanim Urgences* 2000 ; 9 : 512-522.

(34) Gerson C. Médecine d'urgence et manquement à l'obligation de moyens. *Quotidien du médecin* 17 mars 2000.

(35) résulte du décret n°95-467 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

(36) Statut et protection de l'enfant, Les Etudes du Conseil d'Etat, mai 1990, La Documentation française, p. 232.

(37) Conseil National de l'Ordre des médecins, p. 177.

(38) A.Deiss, Le juge des enfant et la santé des mineurs, JCP 1983, I, 3125 ; H. de Touzalin, Le refus de consentement à un traitement par les parents d'un enfant mineur en danger de mort, JCP 1974, I, 2672 ; M.L.Desgranges, La protection judiciaire de l'enfant hospitalisé, Rev. int. dr. pén. 1979, 625.

(39) Voir M. Gabel, Judiciarisation de la protection de l'enfance en danger : causes et effets, Journal du Droit des Jeunes, oct. 1999, p. 18.

(40) Sous la direction de Roselyne Nérac-Croisier et Jocelyne Castaignède, La protection juridique du mineur en danger, L'Harmattan, 2000.

(41) Frédéric Jésus, L'enfant, sujet de soins, Journal du Droit des Jeunes, n° 184, avril 1999.

(42) Epain D. *Les certificats médicaux et urgences*, EMC Médecine d'urgence (Elsevier Masson SAS 2007).

(43) Stainkowsky F. Ducreux JC. *Certificats de non admission et de non hospitalisation*. Protocole n. I.A.1/1997.

(44) *Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus en médecine d'urgence : l'ivresse éthylique aigüe dans les services d'accueil des urgences*. (2006) www.sfm.fr

(45) *"L'accident du travail, l'accident de trajet et la maladie professionnelle"*(2008)
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques/fiches-pratiques/santeconditions-travail/accident-du-travail-accident-trajet-maladie-professionnelle.html>

(46) Rougé-Maillart C. et al. "Incapacité Totale de Travail ou ITT", La revue du Praticien, Tome 15.n°550, 22 octobre 2001.

(47) Haute autorité de santé « modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272435/modalite-de-prise-de-decision-concernantlindication-en-urgence-dune-hospitalisation-sans-consentement-dune-personne-presentantdes-troubles-mentaux

(48) SENON J.L. *Protection de la personne. Droit des patients en psychiatrie*. Méd&Droit 2005, 33-49

(49) Revue de l'Actualité Juridique Française « Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, n°244867, Centre hospitalier spécialisé de Caen » <http://www.rajf.org/spip.php?article2159>

(50) Centre Hospitalier Esquirol – Limoges, *Le guide de Psychiatrie publique de la Haute-Vienne*, Octobre 2008-11-25.

(51) « L'arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle » <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques/fiches-pratiques/santeconditions-travail/arret-travail-pour-accident-du-travail-ou-maladie-professionnelle.html>

(52) Zakia T. *Accidents du travail : aspects législatifs et réglementaires*, Med & droit, 1996 ; 17 ; 6- ??

(53) Rouge-Maillart C. et al. *Incapacité totale de travail : une rédaction lourde de conséquences*, La revue du praticien - médecine générale, 1999, Tome 13 ; 477 ; 1809-1811.

(54) Manaouil C. et al. "Quelques interrogations pratiques autour du certificat de décès" *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2008, 27, 186–189.

(55) Centre Hospitalier Esquirol - Limoges « Le guide de Psychiatrie publique de la Haute –

Vienne. » Octobre 2008-11-25.

(56) Malicier D. "Certificat de décès et diagnostic d'une mort violente ". *Revue du Praticien* 2002 ; 52 ; 7 ; 719-722.

(57) Sargos P. *L'information du patient et le consentement aux soins. JurisClasseur, droit médical et hospitalier*, 2003.

(58) Rey C, Chariot P. *Information, consentement aux soins et refus de soins de l'adolescent aux urgences*. Journées de pédiatrie 1999, éd. Flammarion Médecine Science, p. 369-374.

(59) Bernard M. *120 questions en responsabilité médicale, Aspects pratiques et fondamentaux*, 2007, p. 41-57.

(60) Decroix G. *Valeur de décharges de responsabilité. Responsabilité* 2002 ; 8 :17.

(61) CA Paris nov. 1998 : Juris Data n° 023476

(62) Gerson S. Un malaise vagal. *Quotidien du médecin*, 25 octobre 2000.

(63) Le Concours du 18.01.2003, Tome 125-02 : p112.

(64) Cour de Cassation, ch. crim. 02/12/2003 (n°J02-85.254 FS-P+F).

(65) TGI Saint-Malo, 3 Fév. 2005.

(66) Urgence Pratique – 2003 n°60 : p 60.

(67) Le Quotidien du Médecin n°6668, 17 Mars 2000, p 16.

(68) CAA Bordeaux, 13 Juin 2006, n° 03BX01900.

(69) Anderson M. "Des choix difficiles", Editeur op.cit, p. 81.

(70) Mintzberg H. *Structure dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 1982.

(71) Danet F. Bremond M. Robert D. *Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation*

(72) Danet F., Brémond M. et Robert D., *Les Urgences. Questions au système de santé*, Études 2004/5, Tome 400, p.599-610.

(73) Danet F. *La dramaturgie de l'urgentiste*, 2006.

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 dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.