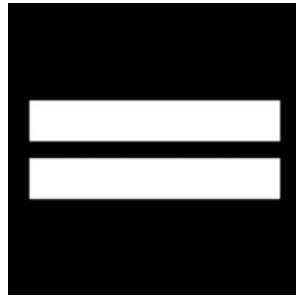




Concours interne de Lieutenant de sapeurs-pompiers professionnels Annales 2006



Note de Synthèse

Étude d'un dossier technique en vue de la rédaction d'une note de synthèse
suivie de questions s'y rapportant

Durée 4 heures – coefficient 4

Sujet et corrigé

CONCOURS INTERNE SUR EPREUVES DE LIEUTENANT DE SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS

Mardi 18 avril 2006

de 8 h 30 à 12 h 30

PREMIERE EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE

Etude d'un dossier technique en vue de la rédaction
d'une note de synthèse suivie de questions s'y rapportant

(durée 4 heures - coefficient 4)

N.B. - Ce document comporte 29 pages ainsi décomposées :

- la présente page,
- 1 glossaire,
- 1 page présentant le sujet,
- 26 pages d'annexes (documents 1 à 6) en comptant la page récapitulant la liste des documents.

GLOSSAIRE

CIS	Centre d'Incendie et de Secours
CODIS	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
COS	Commandant des Opérations de Secours
CRRA	Centre Régional de Réception d'Appels
DD SIS	Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SDF	Sans Domicile Fixe
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance à Victimes

EPREUVE DE DOSSIER TECHNIQUE

NOTE DE SYNTHÈSE

En votre qualité d'officier de sapeurs-pompiers, votre chef de groupement vous demande de préparer à l'attention du DDSIS une note de synthèse sur la problématique de la prise en charge des victimes et du respect de leur éventuel non consentement.

Cette note sera élaborée avec les documents ci-joints numérotés de 1 à 26.

(10 points – 4 pages au maximum)

QUESTIONS

Vous êtes officier de sapeurs-pompiers, affecté au SDIS du GRAND EST.

Le chef du CIS de FRAICHEVILLE vous transmet un rapport relatif à une intervention qui a mis en évidence des difficultés organisationnelles dans le domaine du secours à personne.

Le chef d'agrès d'un VSAV s'est trouvé en présence d'une personne (sans domicile fixe), gisant sur un trottoir de la ville, le 24 janvier à 23 h 00, par moins 8° C. La victime étant consciente, elle a refusé son transport malgré son état très faible et les incitations des secouristes.

Des échanges nombreux et infructueux entre différents services (CODIS, CRRA, Police, 115) ont retardés considérablement la prise en charge de la victime, qui est décédée quelques heures après son hospitalisation.

Question 1 :

Face à une victime en détresse majeure qui refuse son transport à l'hôpital :

1. a : Quelle est la conduite à tenir par le chef d'agrès du VSAV (COS) ?

n.b : le CRRA a demandé le transport non médicalisé sur C.H. suite au bilan effectué par radio.

(2 points – une demi page environ)

1. b : Quelle est la portée juridique d'un document de refus de transport signé par une personne sur les lieux d'une intervention ?

(2 points – une demi page environ)

Question 2 :

- Décrivez la structure générale et les compétences réglementaires du Service de Santé et de Secours Médical d'un SDIS.

(4 points – une demi page environ)

Nota : 2 points sont réservés à la présentation, l'orthographe, la grammaire, la conjugaison, la lisibilité et la propreté de la copie.

LISTE des DOCUMENTS

Document n° 1 :

« La voix du Nord » - Le droit au laisser mourir adopté – (1 page)

Document n° 2 :

Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente – (6 pages)

Document n° 3 :

« Libération » - Cinq SDF victimes de la vague de froid - (1 page)

Document n° 4 :

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - Hospitalisation à la Demande d'un Tiers – (3 pages)

Document n° 5 :

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - Hospitalisation d'office – (3 pages)

Document n° 6 :

Ordre national des médecins – consentement et refus de soins – (11 pages)

Les députés unanimes sur la proposition de loi
Le droit au « laisser mourir » adopté

La voix du Nord

« Les députés ont été unanimes, à deux abstentions près sur 551 votants, pour voter hier en première lecture la proposition de loi qui définit un droit au « laisser mourir » et refuse l'acharnement thérapeutique, sans légaliser l'euthanasie.

Le texte doit maintenant être examiné par les sénateurs. La date des débats n'a pas encore été arrêtée, mais le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, s'est engagé à ce que le texte *«passe au Sénat le plus vite possible»*.

La proposition de loi prévoit que les traitements ne doivent pas être poursuivis *«par une obstination déraisonnable»*, une expression qui a été préférée à celle d'acharnement thérapeutique. Elle stipule qu'une personne en phase terminale peut décider *« de limiter ou d'arrêter tout traitement»* et autorise l'administration de médicaments anti-douleurs, même s'ils accélèrent le décès.

Ce texte très pragmatique est le fruit d'un long travail collectif des députés, commencé le 1er octobre 2003 à l'initiative de Nadine Morano (UMP) et Gaëtan Gorce (PS), sous forme d'une mission d'information présidée par Jean Léonetti (UMP). Cette mission faisait suite au décès de Vincent Humbert, fin septembre 2003.

La proposition reprend l'essentiel du rapport de la mission rendu le 29 juin après avoir réussi à rallier anti et pro-euthanasie. Ces clivages de fond sont néanmoins réapparus dans le débat vendredi, mais sans altérer l'atmosphère très consensuelle qui entourait le texte. Car pour certains, ce texte n'est qu'un point de départ vers une légalisation de l'euthanasie alors que pour d'autres c'est un aboutissement.

Christine Boutin (UMP) a résumé le consensus en parlant de *«troisième voie»*. *« C'est ça, le modèle français de l'accompagnement de la fin de vie que nous avons tous su définir ensemble, loin des clichés »*, a jugé Philippe Douste-Blazy. *Avec cette loi, la fin de vie en France aura un autre visage, elle sera un moment de choix et non de soumission.»*

Refus du «statu quo hypocrite»

Au lieu d'une *«opposition des principes»*, les députés ont cherché *«des solutions humaines et pratiques»*, a expliqué Gaëtan Gorce. *«Cette loi, je l'espère, montrera à tous nos concitoyens qu'au-delà de nos clivages traditionnels, nous avons pu sortir par le haut sur un problème majeur de notre société »*, a souligné pour sa part Jean Léonetti.

Pendant ces débats, les députés ont partagé leurs doutes et leurs interrogations, mais tous sont tombés d'accord sur le refus d'un *«statu quo hypocrite»* et sur la nécessité de respecter à la fois la vie humaine et le droit de mourir dignement. Ils ont tous également appelé au développement des soins palliatifs. Sur ce point, le ministre s'est engagé à faire en sorte que les malades fassent *«partie jusqu'au bout de la communauté des vivants»*.

Si pour le Dr Chaussoy qui fait actuellement face à la justice, *«cette loi va nous permettre de travailler avec plus de sérénité»*, les pro-euthanasie, dont Marie Humbert, et avec elle l'association Faut qu'on s'active!, continuent à plaider pour une *« aide active »* à mourir. Hier, l'association a annoncé le lancement d'un mouvement national pour une loi Vincent Humbert. *«L'Assemblée nationale vient de refuser d'inclure dans la loi Léonetti sur la fin de vie une "exception d'euthanasie " demandée par 130000 citoyens»*, déplore-t-elle dans un texte destiné au président de la République.

Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

NOR : SANH0430146C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la santé publique. Articles L. 6311-1 à L. 6314-1 et R. 712-71 à R. 712-83 ;
Code général des collectivités territoriales, articles L. 1424-1 à L. 1424-50 et articles R. 1424-1 à R. 1424-55 ;
Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires modifié par le décret 2003-880 du 15 septembre 2003 ;
Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;
Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU ;
Décret n° 94-1208 du 29 décembre 1994 modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;
Décret 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique ;
Décret 2000-1162 du 28 novembre 2000 relatif aux missions et à l'organisation de la brigade des sapeurs-pompiers ;
Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;
Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire ;
Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours (point IB et IIC) ;
Circulaire n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente ;
Circulaire n° 99-471 du 12 août 1999 relative aux modalités de facturation des transports sanitaires dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente organisée par la convention - type annexée à la circulaire du 29 juillet 1998 ;
Circulaire DHOS/O1/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière ;
Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Textes abrogés :

I.A-IIA, B et D de la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales à Mesdames et Messieurs les préfets de départements, direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour application), services départementaux d'incendie et de secours (pour application) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour application) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales (pour information) « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation de secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » (article L. 6311-1 du code de la santé publique).

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences préhospitalières. A cette fin, il est indispensable que les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les ambulanciers privés agissent de manière concertée et en synergie. Il est donc nécessaire d'établir une répartition claire des compétences de chacun, des procédures établies, bien comprises par tous et pouvant faire l'objet d'évaluations régulières.

Une première clarification des missions respectives des SAMU et des sapeurs-pompiers a été réalisée par les

circulaires du 18 décembre 1992 et du 2 février 1996. Ces deux circulaires incitaient les centres hospitaliers sièges de SAMU et les services d'incendie et de secours à passer des conventions opérationnelles de coopération.

La loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours et les décrets n° 97-616 et 97-620 du 30 mai 1997 relatifs aux SMUR rendent nécessaires leur actualisation. Cette révision permettra de clarifier le rôle des ambulanciers privés dans la chaîne des urgences préhospitalières et de préciser les modalités de partenariat avec le SAMU et le SDIS.

C'est dans ce but que le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a mené, en collaboration avec le ministère de l'intérieur, des réflexions sur cette révision. Les professionnels du SAMU, des ambulanciers et des sapeurs-pompiers y ont également été associés.

Cette circulaire est le résultat de cette étroite concertation et précise les modalités de coopération de ces trois partenaires dans le domaine de l'aide médicale urgente, chacun d'entre eux ayant la responsabilité d'organiser ses propres interventions et d'assurer la maîtrise de ses moyens.

I. - MISSIONS RESPECTIVES ET COORDINATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS

A. - Une nécessaire clarification des missions

1. L'actualisation des critères

Les circulaires de 1992 et 1996 optaient pour une répartition territoriale des compétences.

L'application concrète de ces circulaires a posé quelques problèmes d'interprétation et de mise en oeuvre sur le terrain.

Cette répartition doit aujourd'hui tenir compte de l'apport de la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, dont l'article 2 dispose que les services d'incendie et de secours dans le cadre de leur compétence concourent aux secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres et de catastrophes ainsi qu'à leur évacuation.

Dans ce texte, le lieu géographique qu'il soit public ou privé ne constitue donc plus un facteur déterminant d'attribution de compétences.

2. Missions des services de santé hospitaliers : SAMU, SMUR

2.1. Le SAMU

Le SAMU, qui comporte un centre de réception et de régulation des appels, (centre 15) est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente ;
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- d'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 ;
- de veiller à l'admission du patient.

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés.

A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en oeuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions.

La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée ; l'appréciation du contexte ; l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

La régulation médicale nécessite des informations précises, rapides et actualisées. Dans le meilleur des cas, elle repose sur le dialogue entre le médecin régulateur et la personne concernée. Du fait des circonstances, ce dialogue ne peut pas toujours être direct. Mais il importe que tout soit fait pour qu'il soit le plus direct possible, notamment par l'interconnexion des centres d'appel permettant le transfert de l'appel ou la conférence téléphonique.

La régulation médicale suppose le suivi des différentes phases de la prise en charge de la personne concernée.

La régulation médicale doit être systématique quels que soient le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation, le médecin régulateur peut faire intervenir en complément du SMUR, ou à défaut seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens médicaux du service de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS.

2.2. Le SMUR

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Le SMUR en application de l'article D. 712-73 du code de la santé publique peut être constitué soit par les moyens propres de l'hôpital soit, dans le cadre de convention, par des organismes publics ou des organismes privés.

Lorsque les services d'incendie et de secours ou les entreprises de transport sanitaire privées ont passé convention avec un centre hospitalier afin que ce dernier dispose des véhicules et personnels nécessaires, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du service d'incendie et de secours, ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier. Ils sont, dans ce cadre et pour la réalisation de cette mission, placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

3. Les missions des ambulanciers privés

Dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, dans des délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et les transports des patients vers les établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient.

Les ambulanciers peuvent être amenés, à la demande du SAMU, à réaliser un bilan secouriste.

Pendant le transport, l'ambulancier titulaire du certificat de capacité d'ambulancier veille à la surveillance du patient et l'exécution des gestes appropriés à l'état du patient.

Des formations de mise à jour des compétences des ambulanciers dans le domaine de la réponse à l'urgence pourront être organisées par les SAMU.

Afin de réduire au maximum les constats d'indisponibilité, les ambulanciers privés s'organisent pour garantir en permanence une réponse rapide et de qualité aux demandes du SAMU. Cette réponse doit être organisée pendant les heures de garde préfectorale, conformément au décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire. Elle doit aussi faire l'objet d'organisation spécifique dans la journée. A cette fin, des travaux vont être menés par le ministère de la santé avec les professionnels afin de mieux organiser la réponse de ces derniers dans la journée.

4. Les missions

des services départementaux d'incendie et de secours

Le service départemental d'incendie et de secours dispose :

- d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département ;
- d'un, ou, si nécessaire, plusieurs centres de traitement de l'alerte, chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours ;
- d'un service de santé et de secours médical qui participe, notamment, aux missions de secours d'urgence.

Conformément à la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, les victimes d'accident ou de sinistre et leur évacuation relèvent des services d'incendie et de secours lorsque leur état nécessite un secours d'urgence ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque).

Les missions confiées aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisé par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs.

Le lieu d'intervention s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant pour ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics qui présentent par

leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans ces circonstances pourra justifier un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours.

Après l'arrivée sur les lieux d'un VSAV, un bilan doit être systématiquement transmis au centre 15.

L'évacuation d'une victime consiste en un transport sous surveillance par équipier formé, suite à une intervention, après orientation par le médecin régulateur vers la structure médicale adaptée la plus proche.

Le médecin régulateur peut juger utile un renfort médical alors que le patient est installé dans le véhicule des sapeurs pompiers en vue de son évacuation. Dans ce cas particulier, l'évacuation sera médicalisée. L'équipe mobile hospitalière, lorsqu'elle assure elle-même la surveillance d'un patient dont les soins sont effectués à l'intérieur d'un VSAV, bénéficie du concours du personnel du SDIS. Ces situations doivent rester ponctuelles et liées à une dégradation de l'état du patient au cours de la mission. Si ces évacuations médicalisées s'avèrent un moyen de compléter de manière régulière les moyens du SMUR, le centre hospitalier doit passer alors convention avec le SDIS en application du dispositif prévu au I-2-2 susvisé.

En dehors des évacuations, et des transports effectués en tant que prestataires des services mobiles d'urgence et de réanimation, les sapeurs pompiers n'ont pas pour mission de réaliser des transports sanitaires. Ces derniers n'interviennent pour réaliser des transports sanitaires non médicalisés, qu'exceptionnellement, en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés et à la demande du SAMU.

La carence est avérée quand les ambulanciers sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire faite par le centre 15, faute de moyens matériels ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

L'indisponibilité des ambulanciers privés doit nécessairement être constatée au préalable par le médecin régulateur du centre 15. La régulation médicale du centre de réception et de régulation des appels est en effet un préalable indispensable à tout envoi de moyens de transports sanitaires d'urgence.

Le SDIS dispose d'un service de santé et de secours médical qui, conformément à l'article R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales, participe aux missions de secours d'urgence et à l'aide médicale urgente.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU peut s'adresser au SDIS afin de solliciter les moyens du SSSM.

Lorsqu'ils agissent dans un autre cadre, conformément aux missions qui leur sont dévolues par la loi du 3 mai 1996, leurs interventions sont signalées au SAMU dès lors que la situation est susceptible de comporter une action de secours à personne.

Des procédures spécifiques doivent être définies localement sur ces points.

Pour faciliter cette participation à l'aide médicale urgente, le SDIS et le SAMU se communiquent réciproquement tous les semestres l'état et l'organisation de leurs moyens opérationnels.

II. - PROCÉDURES OPÉRATOIRES

A. - Interconnexion et information mutuelle

La mise en oeuvre d'une réponse adaptée aux besoins du patient, nécessite des relations étroites entre les centres de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU et les centres de traitement de l'alerte (CTA).

Ces relations sont assurées grâce à l'interconnexion des deux dispositifs de traitement des appels.

Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle entre le 15 et le 18 concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi.

Lorsqu'un service prend seul en charge une intervention dont l'alerte lui a été retransmise par l'autre, il est indispensable que celui-ci communique au centre ayant transmis l'appel, le type de moyen qu'il a déclenché ainsi que les délais d'intervention de ce moyen. La présentation des moyens sur les lieux de l'intervention fera l'objet d'une information mutuelle entre les services.

Lorsque l'appel est arrivé au stationnaire du 18, l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que c'est possible, le transfert de l'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter la régulation médicale.

De même, lorsque l'appel est arrivé au permanencier du centre 15 et nécessite l'envoi de moyens du SDIS, l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que possible, le transfert d'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter et accélérer l'envoi de ces moyens.

Lorsque le SSSM intervient pour un secours d'urgence ou dans le cadre de l'aide médicale urgente, les messages

médicaux qu'il envoie parviennent de façon aussi simultanée que possible au CODIS et au CRRA 15 du SAMU. Un dialogue peut ainsi s'établir directement entre le médecin du SSSM et le médecin régulateur du SAMU.

B. - Prompt secours

Une interconnexion opérationnelle, complétée par une action harmonieuse des différents participants de la chaîne des urgences pré hospitalières, selon les règles ci-dessus précisées, devrait permettre une prise en charge efficace de l'ensemble des demandes d'aide médicale urgente.

Toutefois, exceptionnellement, le centre de traitement de l'alerte peut être saisi d'un cas nécessitant un départ immédiat des sapeurs-pompiers.

Ainsi que le précisait la circulaire du 18 septembre 1992, le prompt secours se caractérise par une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe, il ne doit en aucun cas conduire à des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, et/ou des ambulanciers privés voire du simple conseil.

Lorsque le CTA 18 reçoit un appel comportant, un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle) le stationnaire du service d'incendie et de secours peut déclencher d'emblée les moyens secouristes des services d'incendie et de secours. Il transmet immédiatement l'information au centre 15 du SAMU et, chaque fois que c'est possible, lui transfère l'appel ou met en oeuvre une conférence téléphonique entre l'appelant, le SAMU et le CTA, en vue d'une régulation médicale.

Dès l'arrivée de l'équipe sur le lieu d'intervention, les sapeurs-pompiers transmettent un bilan de l'état du patient au médecin régulateur du centre 15. Ce dernier peut après cet échange d'information et régulation, interrompre l'intervention des moyens du SDIS lorsque cette intervention n'est pas adaptée à la situation. Le médecin régulateur peut également décider l'envoi d'un ambulancier privé pour assurer le transport du patient et il informe alors personnellement l'entourage de la victime. Les moyens du SDIS sont désengagés après avis du médecin régulateur.

III. - FORMALISATION CONVENTIONNELLE ENTRE LES TROIS ACTEURS

Afin de garantir une bonne coordination des trois acteurs des urgences pré hospitalières, des conventions tripartites SAMU/SDIS /ambulanciers privés devront être élaborées. Dans les départements où des conventions ont été passées suite aux circulaires de 1992 et de 1996, celles ci devront être actualisées pour tenir compte de la présente circulaire et de l'implication des ambulanciers privés dans ce dispositif. Ces derniers devront donc être signataires de la convention.

Les partenaires n'ayant pas encore contractualisés à ce sujet sont invités à engager cette démarche dans les plus brefs délais.

1. Contenu des conventions tripartites

Une convention sera signée par le SDIS, le centre hospitalier siège de SAMU et le (ou les) association(s) de transports sanitaires d'urgence. Elle formalisera les principes de répartition des compétences ci-dessus énoncées. Elles seront adaptées aux circonstances locales du département et donc évolutives afin que soit retenu le meilleur mode de prise en charge des patients.

En effet, dans un souci de qualité et de sécurité de la prise en charge des malades et des blessés, certains aménagements exceptionnels, dérogeant aux principes de répartition des compétences pourront être justifiés compte tenu des particularités de l'offre de transports sanitaires sur certaines zones.

La détermination de ces zones particulières ne doit pas rester figée pendant la totalité de la durée de la convention. Elle doit être adaptée aux réalités locales, démographiques, socio-économiques qui évoluent.

Cette convention établira précisément les procédures de traitement de l'alerte et procédures d'intervention, protocolisera les délais d'intervention.

Cette convention est de caractère organisationnel. Elle ne se substitue pas aux conventions financières qui seront passées entre le SAMU et le SDIS pour la prise en charge des transports sanitaires effectués par les SDIS en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés.

Enfin, cette convention précisera les modalités de suivi de la mise en oeuvre ainsi que les modes d'évaluation par les trois acteurs, SAMU, SDIS et ambulanciers. Il incombe au préfet de s'assurer que ces derniers se réunissent régulièrement.

Une évaluation régulière trimestrielle du dispositif ainsi qu'un état des lieux devront être réalisés par les trois partenaires. Ils présentent annuellement le bilan de la mise en oeuvre de ces travaux devant le comité départemental d'aide médicale urgente et de la permanence des soins. Cette présentation sera notamment l'occasion de vérifier au regard de la situation départementale la légitimité du maintien de telles dérogations ou l'opportunité de créer de nouvelles zones.

2. Suivi et évaluation des ces conventions

2.1. Au plan local

Le bon déroulement de la mise en oeuvre de ces conventions dépend de la qualité de la collaboration des signataires de cette convention et de la régularité de leurs échanges.

A cette fin, il est important que la convention prévoie une procédure de suivi régulier de l'application de ces procédures opératoires. Des rencontres périodiques entre les trois acteurs doivent être organisées au moins tous les trimestres afin qu'un dialogue constructif se noue entre eux. Lors de ces réunions seront examinées des statistiques s'appuyant sur une analyse commune de la mise en place effective de la convention. A cette fin, seront annexés à la convention les indicateurs de suivi qui seront retenus, dont l'annexe à la présente circulaire détaille une liste non limitative.

Les situations où la mise en oeuvre des critères d'interventions conventionnels n'a pas été possible devront être également évoquées, ainsi que la mise en place de tout moyen permettant d'améliorer la qualité de la réponse. Les acteurs réaliseront ensemble une évaluation annuelle de la mise en oeuvre de la convention et la présenteront au CODAMUPS. Au vu des résultats de cette dernière, des avenants à la convention pourront être établis si besoin.

2.2. Au plan national

Un groupe d'appui national désigné conjointement par le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur, pourra soutenir la mise en oeuvre de ces conventions en cas de difficultés constatées localement. Ce groupe interviendra suite à une demande formulée par le préfet de département. Il sera également chargé d'organiser les remontées d'informations sur ces conventions et notamment les initiatives locales innovantes.

Enfin, il vous est demandé de transmettre simultanément au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, à l'attention de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (sous-direction de l'organisation du système de soins) et au ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, à l'attention de la direction de la défense et de la sécurité civile, sous direction des sapeurs-pompiers, un bilan de la mise en oeuvre de ces conventions un an après la publication de la présente circulaire. Cette remontée d'information permettra d'effectuer une évaluation nationale.

J.-F. Mattei

Nicolas Sarkozy



Société

Cinq SDF victimes de la vague de froid

Dominique de Villepin a demandé aux centres d'accueil de prolonger l'hébergement des sans-abris disposant d'un travail • Une proposition difficile à tenir sur le terrain •

Par S.C.

lundi 28 novembre 2005 (Liberation.fr - 15:44)

a France se bouge pour lutter contre le froid. Alors que cinq sans-abris sont morts (en Seine-et-Marne, Pas-de-Calais, Isère, Haute-Saône et Moselle), le niveau 2 du plan Grand Froid, qui prévoit des places supplémentaires d'hébergement pour les sans-abris et le renforcement des équipes de secours, a été activé dans 42 départements. Surtout, dimanche soir, Dominique de Villepin a demandé que les SDF disposant d'un emploi puissent être accueillis au moins un mois dans les centres d'hébergement d'urgence. «Je demande immédiatement au 115 (Samu social, ndlr) de proposer un hébergement stable et d'une durée minimale d'un mois pour les personnes qui sont sans toit et qui ont un contrat de travail et sont confrontées à une difficulté spécifique pour se rendre à leur travail», a indiqué le Premier ministre, en visite dans un centre géré par le Secours catholique sur le boulevard Ney (Paris, 18e).

Une proposition qui semble difficile à tenir. Les centres n'hébergent généralement les sans-abris pour une durée limitée. Dans celui du boulevard Ney, ils sont ainsi accueillis pendant sept nuits, le Samu social se chargeant théoriquement de leur trouver ensuite une place dans un autre centre, selon les disponibilités. Les responsables de ces structures pointent déjà les difficultés liées aux insuffisances de capacités d'accueil, et celles liées aux horaires (les centres ferment leurs portes chaque matin).

Dominique de Villepin n'a peut-être pas non plus mesuré qu'environ un tiers des sans-abris peuvent justifier d'un emploi, soit des dizaines de milliers de personnes en France. Selon une enquête de l'Insee, publiée fin 2003, trois sans domicile fixe travaillent, et quatre sont inscrits à l'ANPE. Seul un tiers est complètement coupé du monde du travail. La même étude avait cependant montré combien ces emplois sont précaires. Seulement 25% sont des contrats en CDI ; la plupart sont en CDD, interim ou temps partiel non choisi. Et 60% de ces personnes ont une ancienneté de moins de six mois. Chez les femmes, il s'agit le plus souvent d'un travail de serveuse ou dans le nettoyage. Les hommes sont essentiellement ouvriers, dans le secteur du bâtiment, du transport ou de l'entretien.

Dominique de Villepin a demandé à Xavier Emmanuelli, président du Samu social et à Bernard Andrieu, préfet d'Ile-de-France, de «proposer dans les toutes premières semaines un plan d'action». Il dit attendre «des propositions concrètes et opérationnelles».

<http://www.liberation.fr/page.php?Article=340987>

H D T

(Hospitalisation à la Demande d'un Tiers)

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Législative)

Chapitre 2 : Hospitalisation sur demande d'un tiers

Article L3212-1

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.

Article L3212-2

Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

Article L3212-3

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Article L3212-4

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 3212-1, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

Article L3212-5

Dans les trois jours de l'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :

1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;

2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

Article L3212-6

Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le représentant de l'Etat dans le département, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désigne.

Article L3212-7

Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.

Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités.

Le certificat médical est adressé aux autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et selon les modalités prévues à ce même alinéa.

Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise.

Article L3212-8

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L. 3212-7, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, les procureurs de la République mentionnés à l'article L. 3212-5 et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

Le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

Article L3212-9

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 2° Journal Officiel du 5 mars 2002)

Une personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

- 1° Le curateur nommé en application de l'article L. 3211-9 ;
- 2° Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ;
- 3° S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ;
- 4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;
- 5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;
- 6° Une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;
- 7° La commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononce dans un délai d'un mois.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sans préjudice des dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-6, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L. 3213-1. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le représentant de l'Etat dans le département n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

Article L3212-10

Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le représentant de l'Etat dans le département ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et les procureurs mentionnés à l'article L. 3212-5 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L. 3212-9.

Article L3212-11

Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :

- 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;
- 2° La date de l'hospitalisation ;
- 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;
- 4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;
- 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;
- 6° Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-8 ;
- 7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 3211-11 ;
- 8° Les levées d'hospitalisation ;
- 9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

Article L3212-12

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Législative)

Chapitre III : Hospitalisation d'office

Article L3213-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 3° Journal Officiel du 5 mars 2002)

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.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 3213-2, L. 3213-4 à L. 3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L. 3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

Article L3213-2

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Article L3213-3

Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 par le directeur de l'établissement.

Article L3213-4

Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le

représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

Article L3213-5

Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai.

Article L3213-6

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 4° Journal Officiel du 5 mars 2002)

A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

Article L3213-7

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 4° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 art. 34 Journal Officiel du 13 décembre 2005)

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade.

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Article L3213-8

Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.

Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est

plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

Article L3213-9

Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

Article L3213-10

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.



*rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre
des médecins des 29 et 30 janvier 2004
Pr. Jean-José BOUQUIER*

DU DROIT AU CONSENTEMENT AU DROIT AU REFUS DE SOINS

Introduction

Le consentement du patient a toujours été l'élément indispensable de sa prise en charge par son médecin. Basé sur une information devenue multiple, non plus réservée aux professionnels de santé ou aux pouvoirs publics mais à tout le corps social, véhiculant le meilleur et le pire ce consentement est parfois devenu plus difficile à donner par un patient souvent surinformé et rendu, par les drames que l'on a connu moins confiant dans une médecine considérée comme très scientifique et omnipotente.

Ce consentement tout à fait légitime du patient à tout acte médical a comme conséquence possible son droit au refus de soins, mettant alors dans une position difficile le médecin tenu à son devoir impératif d'assistance et de soins (art 9 du Code de déontologie médicale - art 223.6 du Code Pénal), et à son obligation d'assurer personnellement au patient des soins fondés sur les données acquises de la science (art 32 du C.D.M.)

A - Le consentement repose sur une information claire, loyale, appropriée au malade, à sa maladie et au traitement, progressive et évolutive. Devoir déontologique (art 35 du C.D.M.) et civil (art 16.3 du Code Civil), la loi du 4 mars 2002 renforce encore cette obligation légale (art L 1111.2 du C.S.P.) pour tout professionnel de santé et pour tout

acte médical, sauf urgence ou impossibilité d'informer, et dans le respect des règles professionnelles.

Le patient est ainsi heureusement devenu « acteur de sa santé » et « co-partenaire » du médecin, permettant de réaliser ainsi une meilleure prise en charge de la maladie.

Cette information est basée sur une écoute attentive et sur un dialogue en ayant toujours présent à l'esprit l'angoisse plus ou moins motivée du patient, associée à une surdité émotionnelle qui modifie les possibilités d'une compréhension qu'il est nécessaire d'évaluer lors d'entretiens ultérieurs.

Cette information qui doit se dérouler dans des conditions matérielles optimales doit être colligée sur la fiche ou dans le dossier du patient. Une information écrite peut également être donnée elle doit être toujours conditionnée par l'information orale.

B - La loi du 4 mars 2002 a bien précisé avec le droit à l'information, le principe même du droit au consentement à l'acte médical.

« Toute personne prend avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » (art L 1111-4)

Ce droit au consentement a comme corollaire le droit au refus, bien spécifié par les dispositions suivantes :

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. »

« Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Ce droit au consentement et au refus du point de vue éthique et théorique est tout à fait indispensable, inhérent à la relation médecin-patient tel qu'il avait été précisé antérieurement par le Code de Déontologie et tel qu'il était dans la réalité pratique. Son expression légale ne peut qu'améliorer la coopération du patient à sa prise en charge. Ce consentement est le plus souvent donné par le patient dans les situations importantes où est en jeu un pronostic fonctionnel ou vital, mais il est d'autant plus nécessaire que les actes médicaux sont moins essentiels et moins urgents.

Mais certaines considérations doivent être prises en compte :

Cette relation médecin-patient, égalitaire sur le plan éthique reste habituellement inégalitaire sur le plan pratique. Dans le terme information il y a formation et des années d'étude et d'exercice, l'évolution, parfois disparate voire paradoxale, des connaissances médicales, les fluctuations des attitudes thérapeutiques, la survenue de nouvelles affections font partie plus ou moins consciemment du raisonnement médical qu'il est souvent difficile de faire partager à un patient surtout lorsqu'il est soumis à un élément émotionnel ou affectif qui vient interférer dans sa compréhension.

Ainsi quelles que soient la valeur de l'information donnée et l'importance des renseignements obtenus, il existera bien souvent une différence dans l'appréciation d'un fait médical qui peut conduire au refus de soins pour divers motifs.

C - Ce refus doit être analysé qu'il se manifeste d'emblée ou secondairement, afin d'en comprendre la réalité et les raisons, voire les représentations irrationnelles de ces éléments et cette analyse est le premier temps d'une reformulation de l'information initiale pour s'efforcer de convaincre. Il peut s'agir d'une angoisse bien habituelle vis-à-vis de la maladie, vis-à-vis des examens nécessaires, ou d'une appréhension tout à fait légitime vis-à-vis de la thérapeutique et de ses effets secondaires. Il peut s'agir aussi d'un épisode dépressif plus ou moins prolongé lors de l'annonce du diagnostic ou d'une sidération psychique qui ferme l'esprit à toute décision, d'un refus de traitement par choix personnel ou d'un recours à des thérapeutiques illusives.

Cette analyse de la cause du refus permet ainsi d'établir une relation mieux orientée avec le patient en reprenant les éléments importants de l'information, en s'assurant de la compréhension du malade et des conséquences d'un refus, en proposant éventuellement une consultation avec un autre confrère, voire une prise en charge psychologique, ceci en dehors des cas où un fanatisme sectaire rend aléatoire toute discussion.

Il est souhaitable que cette démarche se concrétise sous une forme écrite, vis-à-vis du patient, lui permettant ainsi une réflexion secondaire et vis-à-vis de l'autre médecin traitant.

D - En cas de refus confirmé de la part du patient, le médecin « doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » et après avoir tout mis en œuvre « pour la convaincre d'accepter les soins indispensables

» (art 1111-4) mais une plainte secondaire du malade, d'un membre de la famille ou de la personne de confiance désignée par le patient pour insuffisance d'information, ou non assistance, ou défaut de soin et toujours possible. Le médecin peut-il alors être reconnu coupable d'avoir suivi le patient dans son refus de soin ?

Du fait des termes de la loi ce type de contestation ne peut plus être pénalement retenu. Mais qu'en sera-t-il sur le plan civil et administratif ? En cas de décès sera-t-il reproché au praticien de n'avoir pas su persuader le patient ? Il est donc important qu'il puisse « apporter la preuve par tout moyen » qu'il a donné une information appropriée en particulier sur les conséquences du refus qui a bien été « libre », « éclairé » et « certain » et qu'il s'est efforcé de convaincre dans l'intérêt du patient. Mais pour prévenir éventuellement une possible mise en cause ordinaire ou judiciaire de son comportement, il est nécessaire de réunir quelques uns des éléments de sa démarche :

Consultation datée, lettre au malade et à l'autre médecin traitant, intervalle de réflexion, information possible de la famille sauf opposition de sa part, consultation éventuelle avec un autre médecin, refus écrit, signé, daté qui ne suffit pas à lui seul, car le patient « peut retirer son consentement à tout moment » ou revenir sur son refus, avec inscription de ces faits dans le dossier du malade, en gardant le double de toute correspondance et en envoyant copie de certains de ces éléments au Conseil Départemental.

E - Ce droit au refus peut entraîner certaines conséquences.

Certes le refus de soins de certains malades n'est pas un fait nouveau et il était respecté par le médecin dans le cadre d'une discussion duale ou familiale. Mais son caractère légal risque d'avoir des répercussions diverses :

1) un désengagement physique du médecin est une éventualité possible, refusant dans ces conditions, la prise en charge d'un tel patient en concordance avec l'article 47 du C.D.M., ceci à trois conditions : en dehors d'une situation d'urgence, en informant le patient et en favorisant la continuité des soins, ceci confirmé par lettre, avec double au Conseil Départemental, et en lui laissant la possibilité d'une reprise du dialogue en cas de modification de son choix.

2) Cette liberté de choix du malade peut en amener certains à des comportements irrationnels face à des questions de santé publique. Le refus des vaccinations obligatoires pourrait en être l'illustration. Si celui-ci n'entraîne pas de risque immédiat il peut être à l'origine de conséquences gravissimes à court ou moyen terme du point de vue individuel, voire collectif.

3) Ces directives légales prises à la lettre et mal interprétées pourraient amener certains praticiens à réaliser une information totale et sans nuance dans une volonté de transparence complète. Ceci a rencontre de l'intérêt du patient. Le médecin, si difficile que soit l'annonce d'une maladie grave, doit s'efforcer de réaliser une certaine protection du patient respectant son angoisse et connaissant les répercussions psychiques de certains mots.

Il doit délivrer une information en fonction de la personnalité du patient et du moment de la maladie. Ce respect du patient, appelé à tort paternalisme risque de s'amoinrir dans la crainte que peut avoir le médecin d'une contestation ultérieure ou être la traduction de son vécu personnel face à cette annonce.

F - Cas Particuliers

a - Le Mineur :

Le droit au consentement et au refus est également affirmé pour le mineur. Le Code de Déontologie dans les commentaires de l'article 42 avait déjà indiqué la nécessité : « d'informer l'enfant et dans la mesure du possible de recueillir son consentement ». Mais la loi du 4 mars 2002 (art L.1111-2 et 4) est plus précise avec la reconnaissance du « droit de recevoir eux-mêmes l'information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité. ».

Le consentement « doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

Mais « degré de maturité » et « aptitude à la décision » sont difficiles à apprécier et très variables selon les mineurs, fonction du stade pubertaire, du contexte socio-familial avec un vécu axé sur le présent peu sensible aux conséquences ultérieures éventuelles de certains comportements et bien souvent en position de refus de principe.

Aussi l'avis du représentant légal du mineur (ou du majeur sous tutelle) doit être systématiquement recherché.

Mais « dans le cas où le refus de traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables » (art L.1111-4), en informant le Procureur de la République dans le cas du mineur ou du Juge des Tutelles dans le cas du majeur sous tutelle.

Ce concept de « conséquences graves » pour la santé est évident pour certaines situations extrêmes. Il l'est moins pour des cas intermédiaires où le risque est hypothétique mais potentiellement grave comme un refus de vaccination. Le médecin doit donc s'efforcer d'obtenir le consentement par une information détaillée avant d'en aviser en cas d'échec l'autorité judiciaire, et agir dans l'intérêt de la santé du mineur.

Quant au droit de recevoir des soins sans information du ou des titulaires de l'autorité parentale (art L.1111-5) nécessaire et déjà précisé antérieurement pour la contraception et l'IVG il est étendu à tout acte médical en opposition aux anciennes directives sur l'autorité parentale. Mais « dans ce cas le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ». Ce refus d'un éventuel soutien familial peut se révéler néfaste dans la gestion des affections graves.

Ainsi, le médecin se doit de tout faire pour convaincre le mineur de la nécessité des soins et de l'information des parents lorsqu'elle est possible.

b - Devant une tentative de suicide

Le médecin doit tout faire pour sauver la vie de la personne en s'efforçant d'informer l'entourage de cette attitude, en fonction de l'article L.1111-4 : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L 1111-6, ou la famille ou à défaut un des proches ait été consulté ». L'information secondaire du patient permettra de discuter avec lui de la motivation de son geste et de juger de son état psychique afin d'optimiser sa prise en charge.

c- Le gréviste de la faim

Est certes libre de mettre sa vie volontairement en danger et aucun soin ou acte médical ne peut lui être imposé contre sa volonté. Mais lorsque le malade n'est plus en état d'exprimer un refus lucide le devoir du médecin est de prescrire une hospitalisation au cours de laquelle se décidera l'indication des soins indispensables et proportionnés à sa survie.

d - le malade mental

La pathologie mentale suscite une réflexion quant à l'application de la loi.

- En cas d'une affection aiguë mettant en jeu le pronostic vital du patient : tentative de suicide, bouffée délirante etc., le soin doit s'appliquer considérant que le patient ne possède pas son libre arbitre, ceci avec la nécessité d'expliquer a posteriori la conduite thérapeutique.

- En cas d'affection chronique, il est nécessaire d'expliquer d'une manière claire et appropriée le besoin du traitement pour maintenir un état de santé stable, mais à l'extrême on ne pourra pas passer outre la volonté du patient en cas de refus réitéré.

Dans certaines situations, la pathologie mentale présentée par le patient peut nécessiter une hospitalisation sans consentement :

- soit une hospitalisation demandée par un tiers : HDT (2 certificats médicaux, un tiers) ou HDT en urgence, avec péril imminent (un certificat médical, un tiers) où le soin est nécessaire pour l'état de santé du patient devenu inapte à en juger de la nécessité.

- Soit une hospitalisation d'office : HO (un certificat médical avec arrêté préfectoral) où le soin est nécessaire pour l'état de santé du patient et pour l'ordre public.

Ce régime d'hospitalisation ne dispense pas de rechercher le consentement du patient pour la prise en charge de troubles somatiques associés.

Il s'agit d'une application extrêmement difficile de la loi du 4 mars 2002, compte tenu de la nature même des pathologies psychiatriques : les psychoses avec perte du réel, les troubles graves de la personnalité, les dépressions, ou le désir de suicide fait partie de la séméiologie, posant ainsi la question de l'aptitude à un éventuel refus.

e - Les dérives sectaires d'un refus de soins

La femme d'un témoin de Jéhovah porte plainte après le décès de celui-ci pour non respect d'un refus de transfusion exprimé avant l'intervention, le chirurgien ayant été contraint de transfuser le malade au cours de celle-ci. Le Conseil d'Etat dans son arrêt du 26 octobre 2001 considère que le chirurgien n'a pas commis de faute « compte tenu de la situation extrême dans laquelle Mr X se trouvait, le médecin qui le soignait, a choisi dans le seul but de tenter de la sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état » (Cf. annexe 1).

Cet arrêt montre que le Conseil d'Etat a tenu compte de la difficulté pratique de la décision médicale chez un malade hors d'état d'exprimer sa volonté, dans une situation extrême.

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 ne peuvent s'extraire du contexte clinique.

f- Le refus d'origine religieuse

Il peut arriver que certaines personnes refusent des soins pour des motifs religieux. Le rapport STASI fait état, à l'hôpital, de refus par des maris ou des pères de voir leurs épouses ou leurs filles soignées ou accouchées par des médecins de sexe masculin, ou de soignants récusés au prétexte de leur confession supposée, en concluant que ces comportements, mettant en cause le fonctionnement hospitalier ne sont pas acceptables (Cf. annexe 2). Des dispositions législatives précisant les obligations à respecter par le patient sont préconisées.

Conclusion :

La loi du 4 mars 2002 a donc bien reconnu au patient le droit d'accepter ou de refuser tout acte médical, rejoignant ainsi les termes de l'article 36 du Code de Déontologie Médicale sur le consentement et le refus de soins.

Ces dispositions légales éclairent encore davantage l'importance de l'information et de l'écoute du patient tant au début qu'au cours de l'évolution de la maladie. La permanence d'une relation très ouverte médecin patient permet de prendre en compte au mieux l'inquiétude du malade, le vécu de sa maladie et de son traitement, sa qualité

de vie, en respectant ainsi ses interrogations et sa capacité d'exercer sa volonté à tout moment.

Le droit au refus ne sera pas sans poser de difficiles problèmes au médecin à qui s'impose un devoir impératif d'assistance et de soins en ayant comme objectif l'intérêt du patient.

Aussi, l'analyse de cet éventuel refus de soins doit être réalisée pour adapter au mieux l'information et s'efforcer de convaincre le patient de l'importance des soins indispensables proposés.

Ce droit au consentement et au refus est un droit fondamental dans le cadre du droit à l'autonomie pour tout individu. L'Etat doit en être le garant mais en matière de santé publique comme dans d'autres, il doit en fixer les limites, afin d'éviter la mise en danger d'autrui et assurer au mieux la santé de la collectivité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. du 5 mars 2002)
- 2 - BOU Christine - Le refus de soins aux conséquences mortelles - Revue du praticien 2003-605, 321-4
- 3 - HOERNI B., BENEZECH M. - L'information en médecine - Masson 1994
- 4 - HOERNI B., SAURY R. - Le consentement en médecine - Masson Paris 1998
- 5 - Rapport de la Commission STASI sur la laïcité - Le Monde - Vendredi 12 décembre 2003 - 3.2.1 et 4.2.2
- 6 - Mission interministérielle de lutte contre les sectes - Rapport 2001
- 7 - Décision du Conseil d'Etat N° 198546 - Lecture du 26 octobre 2001 ; Ordonnance du Conseil d'Etat – 16 août 2002 (affaire Feuillatey, n° 249552)
- 8 - Séance de l'Académie Nationale de Médecine du 9 décembre 2003

ANNEXES

- 1 - Rapport du Conseil d'Etat - Lecture du 26 octobre 2001

"L'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade. Toutefois ne commet pas de faute de nature à engager la responsabilité du service public le médecin qui, quelque soit son obligation de respecter la volonté de son patient fondée sur des convictions religieuses, a choisi, compte tenu de la situation extrême dans laquelle celui-ci se trouvait, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état".

- 2 - Séance de l'Académie nationale de médecine du 9 décembre 2003

"S'il convient de tenir compte au mieux des convictions religieuses de chacun, l'Académie nationale de médecine considère qu'on ne peut admettre qu'une minorité radicale, quelle que soit son appartenance religieuse, cherche à imposer ses vues à l'ensemble du personnel de santé et aux autres patients, fussent-ils de la même confession, dans un établissement tel qu'un hôpital public, au détriment de l'intérêt général (...)".

EPREUVE DE DOSSIER TECHNIQUE

NOTE DE SYNTHÈSE : Proposition de corrigé

La prise en charge des victimes de maladie ou d'accidents par le service public constitue un droit légitime pour chaque citoyen de notre société, mettant en jeu de nombreux acteurs. Une organisation souvent complexe doit être parfaitement définie, afin de faire face aux différentes situations dans lesquelles se trouvent les personnes dont l'état de santé justifie une assistance médicale ou paramédicale (I).

Pour autant, ce droit aux secours et aux soins se heurte à celui de la liberté individuelle à disposer de sa vie (II), et il est parfois très difficile de concilier ces deux enjeux qui constituent des droits fondamentaux.

I. Une organisation générale des secours à personne qui repose sur différents acteurs (A) nécessitant une organisation et des procédures bien définies (B).

A. Des services publics ou privés avec des compétences particulières

Les services de santé hospitaliers constitués par les SAMU (*service d'aide médicale d'urgence*) et les SMUR (*service mobile d'urgence et de réanimation -hôpital*) sont en première ligne pour une approche médicale du secours à personne. Le SAMU gère le centre de réception et de régulation des appels (CRRA – centre régulateur d'appels) ou centre 15, et engage les autres services après régulation, notamment le SMUR, maillon médial essentiel dans la chaîne des secours.

Les ambulanciers privés apportent leur concours pour des missions de transports de victimes dont l'état est compatible avec leurs délais d'intervention. Ils sont engagés par le médecin régulateur du centre 15 et leurs personnels, titulaires du certificat de capacité d'ambulancier, doivent, à la demande du SAMU, pouvoir réaliser un bilan secouriste et effectuer des gestes appropriés à l'état du patient. Ils doivent s'organiser pour assurer une réponse permanente.

Les services départementaux d'incendie et de secours disposent quant à eux, d'un CODIS (*centre opérationnel départemental d'incendie et de secours*), d'un ou plusieurs CTA (18-*Centre traitement des appels des sapeurs pompiers*) et d'un SSSM (*service de santé et de secours médical d'un SDIS*) pouvant participer aux missions de secours d'urgence. Ces missions caractérisent la vocation du SDIS à intervenir rapidement pour apporter des moyens secouristes. Toutes ces actions, effectuées par des VSAV (*véhicule secours à victime*), donnent lieu à des bilans transmis au centre 15.

Le SDIS peut également, à la demande du SAMU, par carence des ambulanciers privés, être appelé à réaliser des transports sanitaires.

Enfin le Samu social (n° d'appel 115 – *mis en place par la ville avec les associations*), présidé par Xavier Emmanuelli, est en charge d'assister des personnes en difficulté matérielle (SDF) vivant à l'extérieur. Il leur propose de les conduire dans des centres d'hébergement, pour éviter une dégradation de leur état de santé, quand les conditions climatiques hivernales l'imposent.

B. Des procédures opératoires interservices

L'interconnexion entre les différents services constitue la base de leur coopération et de l'efficacité des secours. Les centres 15 et 18 doivent s'informer réciproquement des moyens qu'ils ont engagés.

En cas d'appel pour détresse vitale reçu au 18, le CODIS peut engager un équipage pour un prompt secours, sans information préalable du SAMU. Ce dernier en sera informé sans délai et pourra, après régulation, engager des moyens adaptés à la situation.

Les conventions dites tripartites, signées par le SAMU, les ambulanciers et le SDIS, permettent de préciser l'organisation du partenariat entre ces services (traitement de l'alerte, délais d'intervention, dérogations particulières,)

Le préfet s'assure que les services d'urgence se réunissent régulièrement et présentent un bilan annuellement devant le CODAMUPS (*instance qui statue sur les conditions de l'aide médicale d'urgence – convention tripartite SDIS-SAMU – ambulanciers*). Un groupe d'appui national est chargé d'aider les préfets dans la mise en application de ces conventions et de prendre en compte les initiatives locales innovantes.

Si l'arsenal législatif et réglementaire est aujourd'hui opérationnel, il existe encore des situations dans lesquelles la prise en charge des victimes peut poser problème en fonction de leur consentement ou de leur refus d'accepter des soins.

II La difficulté de respecter le droit au refus de soins des victimes (A) et les limites de leur non consentement (B).

A. Le droit au refus de soin est intimement lié à une information préalable

La loi du 4 mars 2002 précise clairement l'obligation pour le médecin de respecter la volonté d'une personne de refuser des soins. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, qu'elle peut retirer à tout moment. L'expression de cette volonté peut se manifester oralement ou par écrit et ce refus sera consigné sur le dossier médical du patient.

De même, aucune intervention ou investigation, sauf urgence, ne peut être pratiquée sur une personne hors d'état d'exprimer sa volonté.

La qualité de l'information qualifiée de claire, loyale et appropriée (art 16.3 du code civil) donnée par le médecin est donc capitale pour éclairer la décision de la victime.

En cas de refus, le médecin doit tout mettre en œuvre pour en analyser les raisons et convaincre son patient d'accepter les soins indispensables.

Parallèlement, le parlement a voté un texte sur le droit au « laisser mourir » permettant d'éviter de donner des soins avec une obstination déraisonnable à des personnes en fin de vie qui manifestaient leur volonté d'en finir, sans légaliser pour autant l'euthanasie.

B. Le respect de ce refus est pourtant limité et peut ne pas être respecté dans certains cas.

L'urgence vitale constitue la base du non respect du consentement de la personne, car elle oblige déontologiquement le médecin à intervenir pour sauver son patient (tentatives de suicides, grévistes de la fin...);

De même, pour le mineur, après information selon son niveau de maturité et malgré le non consentement de l'enfant ou de son tuteur, le médecin délivre les soins indispensables en informant le procureur de la République.

Pour une personne souffrant de troubles mentaux, si elle présente une détresse physique, une procédure d'hospitalisation sur demande des tiers (H.D.T) doit être engagée, devant être validée par deux médecins, et confirmée dans les 24 heures par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Le préfet notifie au procureur de la République les noms des parties prenantes dans les trois jours.

Enfin, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes ou atteinte grave à l'ordre public, l'autorité de police (maire, commissaire) peut, avec un certificat médical l'attestant, décider de l'hospitalisation d'office (H.O) d'une personne présentant des troubles mentaux.

Cette décision doit être notifiée au préfet dans les 24 heures, qui devra la confirmer dans les 48 heures. Ce placement devra prendre fin après avis concordant de deux psychiatres établissant que la personne n'est plus dangereuse pour elle-même et pour autrui.

Le droit à la vie et le droit à la mort de chaque individu sont deux valeurs antagonistes mais bien réelles. En conséquence, les institutions se doivent de rechercher un équilibre législatif et réglementaire, qui sera toujours difficile à trouver comme nous avons pu le constater.

L'enjeu de ce problème étant de tout mettre en œuvre pour secourir et soigner à tout prix, tout en essayant de respecter la volonté de chacun, à condition que cette seule volonté soit sans équivoque et vérifiable. C'est bien cette volonté, qu'aucun texte ne pourra décrire dans l'absolu, et qui devra rester une appréciation profondément humaine et partagée.

EPREUVE DE DOSSIER TECHNIQUE

QUESTIONS : proposition de corrigé

1. a : Quelle est la conduite à tenir par le chef d'agrès du VSAV (véhicule secours à victime)?

- Appel du CODIS (centre opérationnel départemental d'incendie et de secours) par téléphone pour information et demande de transfert de l'appel vers le SAMU (service d'aide médicale d'urgence) (enregistré sur bandes CODIS)
- Deuxième bilan détaillé au médecin régulateur en insistant sur la détresse physique et émettre des doutes sur la capacité psychologique du blessé à apprécier son état pour refuser son transport.
- Demander un médecin pour apprécier la situation et engager une procédure d'hospitalisation sans consentement.
- Laisser la victime sur place après confirmation du SAMU s'il n'envoie pas de médecin et que la victime persiste à refuser son transport, en présence des services de police et en informer l'autorité CODIS.

1. b : Quelle doit être le contenu d'un document de refus de transport signé par une personne sur les lieux d'une intervention et quelle est sa portée juridique?

- Tous les éléments descriptifs de la fiche bilan (adresse, heure, nom, prénom, état, témoins, symptômes,)
- Date et signature authentifiable ou constat du refus de signature le cas échéant
- La portée juridique est conditionnée à la qualité de l'information à la victime. Ce sera un élément de plus parmi des témoignages, des enregistrements. Ce n'est pas un acte juridique suffisant.

2. Décrivez la structure générale et les compétences réglementaires du Service de Santé et de Secours Médical d'un SDIS. (Article R1424 du CGCT)

Le SSSM comprend les médecins, pharmaciens, infirmiers et vétérinaires qui ont la qualité d'officiers de sapeurs-pompiers volontaires. Des emplois de médecin-chef, médecins, infirmiers et pharmaciens peuvent être créés au sein des SDIS (services départementaux d'incendie et de secours) en fonction des effectifs.

Le SSSM exerce les missions suivantes :

- surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers
- exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers
- conseil de médecine préventive au CHS
- soutien sanitaire et soins d'urgence aux personnels lors d'interventions
- participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes
- surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste

En outre le SSSM participe :

- aux missions de secours d'urgence (loi AMU du 6 janvier 1986)
- aux interventions effectuées par le SDIS impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires
- aux missions du SDIS face aux risques naturels et technologiques, notamment en présence de matières nocives pour les personnes, les biens ou l'environnement.