



MEMENTO DE L'ADMINISTRATEUR DE GARDE

Mai 2013

SOMMAIRE

PARTIE I – L'ORGANISATION DE LA GARDE ADMINISTRATIVE

Généralités	Page 8
A l'échelon central de l'AP-HP	Page 15
L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) – AP-HP en Ile-de-France	Page 18
La garde technique	Page 25
La garde du Service central des ambulances (SCA)	Page 27
La garde informatique : l'astreinte informatique sur le site de «Bessières»	Page 28
La communication avec les médias pendant la garde	Page 35
L'organisation de crise	Page 36
La Cellule centrale de crise	Page 41
La gestion de la communication en situation de crise (potentielle ou avérée)	Page 46
L'organisation pratique de la garde administrative	Page 53

PARTIE II - FICHES DE SITUATIONS

L'ADMISSION

1 - L'admission en urgence	Page 55
2 - L'admission d'un mineur	Page 57
3 - L'admission du majeur protégé	Page 62
4 - L'admission d'une personne en situation de précarité	Page 64
5 - L'admission d'un patient non ressortissant de l'Union Européenne	Page 66
6 - L'admission d'une personnalité	Page 68
7 - L'admission d'un militaire	Page 69
8 - L'admission d'un patient en état d'ébriété	Page 71
9 - L'admission d'un blessé par arme	Page 74
10 - L'admission des patients détenus / prévenus / gardés à vue	Page 76
11 - Le signalement des crimes et délits au Procureur de la République	Page 82
12- L'admission d'un patient porteur de drogue ou d'une arme	Page 87
13 - L'admission d'un toxicomane	Page 90
14 - L'admission confidentielle et sous le régime de l'anonymat	Page 92
15 - L'admission d'un patient sans identité	Page 94
16 - L'admission d'un patient non voyant	Page 100
17 - L'accouchement «sous X»	Page 101
18 - L'admission d'un nouveau-né avec sa mère en maternité	Page 104
19 - La demande d'IVG	Page 105

20 - L'admission pour troubles mentaux	Page 109
21 - L'admission en soins psychiatriques « libres »	Page 111
22 - L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	Page 112
23 - L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (PI)	Page 125
24 - L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	Page 129
25 - L'admission psychiatrique des mineurs	Page 135
26 - L'admission psychiatrique des détenus	Page 136
27 - Prise en charge des majeurs protégés	Page 137
28 - Soins psychiatriques sous contrainte au sein d'un service des urgences d'un établissement non habilité	Page 140
29 - Transfert d'un patient soigné sous contrainte pour des soins somatiques	Page 142
30 - Les droits des patients admis sans leur consentement	Page 143
31 - Face à un blessé, une urgence ou un accident à proximité de l'hôpital	Page 147
32 - Le dépôt de biens	Page 150
33 - L'usurpation d'identité	Page 153

LE SEJOUR HOSPITALIER

34 - Le consentement aux actes médicaux	Page 155
35 - Le consentement des majeurs protégés	Page 158
36 - Le consentement du patient mineur	Page 161
37 - Le refus de soins	Page 167
38 - La communication du dossier médical	Page 170
39 - La personne de confiance	Page 177
40 - Le secret médical et professionnel	Page 181
41 - La demande du dossier médical sur réquisition ou perquisition	Page 184
42 - L'audition de patients majeurs	Page 189
43 - L'audition d'un patient mineur	Page 194
44 - La fouille de la chambre d'un patient	Page 195

LA SORTIE

45 - Les sorties à l'insu du service : les « fugues »	Page 197
46 - Les sorties contre avis médical	Page 204
47 - Les sorties disciplinaires	Page 207
48 - La sortie du mineur	Page 208
49 - Les sorties en cours de séjour	Page 210
50 - Le refus de sortie du patient	Page 212

LE DECES

51 - Les formalités de décès	Page 213
52 - Le décès par mort violente ou suspecte	Page 216
53 - En cas de suicide	Page 218
54 - Le décès périnatal	Page 220
55 - Le dépôt du corps en chambre mortuaire	Page 223
56 - Les transports de corps	Page 231
57 - Les prélèvements à but thérapeutique : le don d'organes ou de tissus	Page 235
58 - Les autopsies médicales et les prélèvements à visée scientifique	Page 240
59 - Les prélèvements sur les personnes décédées en dehors de l'hôpital	Page 242
60 - Le don de corps «à la science»	Page 244

QUESTIONS DIVERSES

61 - Les pratiques religieuses à l'hôpital	Page 245
62 - Les visites	Page 247
63 - L'accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers	Page 253
64 - Les troubles dans l'enceinte de l'hôpital	Page 256
65 - L'occupation illicite d'un site de l'AP-HP	Page 259
66 - Danger grave et imminent (CHSCT)	Page 260
67- L'alerte à la bombe	Page 262
68 - Les objets suspects trouvés au sein de l'hôpital	Page 263
69 - La circulation et le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital	Page 265
70 - La gestion des lits disponibles	Page 268
71 - Les dommages matériels causés aux agents	Page 270
72 - En cas de grève ou d'absence injustifiée	Page 273
73 - Les frais de transport sanitaire	Page 278
74 - Le dépôt de plainte	Page 281
75 - La protection des agents victimes de violences à l'hôpital	Page 285
76 - Les situations de maltraitance	Page 288
77 - Les risques sanitaires et leur signalement	Page 291
78 - L'afflux de victimes, les circonstances exceptionnelles et les «plans blancs»	Page 301
79 - La sécurité incendie	Page 305
80- Le plan national «canicule»	Page 306
81 - Les inondations	Page 307
82 - Les agents de sécurité	Page 308

Avant propos

La notion de garde est liée à une notion de base de notre organisation administrative : **le principe de continuité du service public**. Elle est aussi fondée sur la nécessité de faire face en toutes circonstances aux urgences relevant du fonctionnement du service public hospitalier.

La garde de direction doit répondre à la nécessité de la permanence des services et de la fonction de direction au sein de l'hôpital. Cette permanence, le directeur du groupe hospitalier ne peut bien évidemment pas l'assumer seul. Il est en revanche tenu de l'organiser, en fonction des caractéristiques de chaque groupe hospitalier, de la manière la plus efficace et la plus adaptée. Il doit pour cela désigner des «administrateurs de garde».

Le présent document a été conçu pour les administrateurs de garde des groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

Il s'agit d'un document qui doit permettre aux administrateurs de garde, et plus largement aux équipes de direction, de disposer de façon claire et synthétique de points de repère sur les modalités de déroulement des gardes administratives au sein de l'AP-HP. Il précise les procédures devant être suivies en cas de décisions à prendre dans l'urgence et les différentes composantes de l'organisation interne de l'AP-HP, au-delà même du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun, dans les périodes de nuit, week-end ou de fêtes, et le cas échéant dans les circonstances exceptionnelles et périodes de crise. Les modalités des gardes «centrales» (Direction générale, Siège) sont ainsi présentées dans leurs grandes lignes.

Il s'agit d'un canevas et d'un support qui doit en tant que de besoin être complété en fonction des particularités des groupes hospitaliers ou des pôles d'intérêt commun.

Il a vocation bien entendu à être modifié et complété régulièrement, au gré des évolutions des organisations et des dispositions réglementaires.

Partie I

[L'ORGANISATION DE LA GARDE ADMINISTRATIVE]

I - L'organisation de la garde administrative

Généralités

Les grands principes de la garde administrative à l'hôpital

La garde administrative a pour mission de répondre à l'urgence, d'assurer la permanence de l'administration et la continuité du fonctionnement des services. La garde de direction peut donc être définie comme la procédure qui permet aux personnels hospitaliers expressément habilités par le directeur du groupe hospitalier d'y assurer d'une part la continuité de la direction administrative et, d'autre part, les missions de « police administrative ».

- La continuité du fonctionnement des services, c'est le fonctionnement courant du groupe hospitalier, mais également la gestion de **l'événement imprévu ou exceptionnel** (défection du personnel, défaillance matérielle, afflux massif de victimes à l'hôpital, délits et crimes, ...) qui nécessite un renforcement des moyens, une coordination de l'organisation et, d'une manière générale, des décisions immédiates. Ce peut être aussi la gestion de **l'imprévisible** (situation qui ne peut pas être prévue de façon précise, comme la survenance d'une catastrophe réunissant les conditions de la force majeure), même si cet « imprévisible » n'est pas propre aux situations nocturnes, de week-end, etc.

- **La permanence** de l'administration signifie que même en circonstance d'effectif réduit, le groupe hospitalier doit garantir la meilleure prise en charge du patient, y compris dans sa dimension "administrative" et, notamment, une organisation simple des formalités. Dans ce cadre, l'administrateur de garde n'est évidemment pas tenu d'intervenir de manière systématique. En revanche, il le fera pour les décisions importantes (ex : indices de mort violente ou suspecte pour lesquels l'autorité judiciaire doit être prévenue, ou encore afflux massif de victimes, vérifications administratives préalables à un prélèvement d'organe) ou s'il est saisi par un service d'un problème délicat qui nécessite d'être résolu avec une attention particulière.

- **La prise en charge de l'urgence** signifie que le groupe hospitalier doit demeurer en position d'apporter une réponse immédiate en cas de risques encourus par un patient pour sa santé, sa sécurité ou son confort. Mais des risques peuvent également être encourus, le cas échéant, par des personnels hospitaliers ou des visiteurs. Le patrimoine du groupe hospitalier lui-même peut être menacé.

L'administrateur de garde peut être principalement amené à intervenir dans trois domaines :

- En sa qualité de **représentant du directeur du groupe hospitalier**, « chef d'établissement », l'administrateur de garde intervient dans les matières que celui-ci n'a pas déléguées à d'autres agents : mesures de "police" intérieure, mesures à prendre en cas de fugue d'un patient, décisions relatives à des soins sous contrainte en psychiatrie, relations avec la police et la justice...

- Dans une hypothèse d'événement imprévu ou/et urgent, son intervention peut être nécessaire pour **l'organisation des services**, compte tenu de l'importance d'un risque, des moyens devant être mis en œuvre et de la nécessité de la mise en œuvre coordonnée des mesures à prendre ;

- L'administrateur de garde peut être amené, en tant que de besoin, à **conseiller ou arbitrer** sur tel ou tel sujet du domaine juridique, administratif ou technique.

Son rôle consiste à prendre les initiatives et les décisions qui s'imposent, chaque fois qu'elles sont nécessaires. Il lui serait reproché d'être demeuré inactif en cas de situation de nécessité.

D'une manière générale, relèvent de la «garde de direction» les incidents qui n'ont pas pu être traités par les services du groupe hospitalier en fonctionnement, ou concernant le groupe hospitalier à titre général, ainsi que les décisions urgentes, exigeant une réponse immédiate, celles qui ne peuvent attendre. L'urgence étant parfois difficile à cerner, le champ précis de la garde n'est pas figé. Il s'apprécie avec discernement, au regard de la nécessité ou non de reporter des mesures et décisions à prendre.

Attention !

Pendant les heures ouvrables de service, la compétence décisionnelle est en principe celle du directeur du groupe hospitalier (ou à défaut, de ses adjoints et/ou directeurs de site, dans leurs champs de compétence respectifs). L'administrateur de garde devient toutefois compétent, même en cours de journée « ordinaire », en cas d'absence momentanée du directeur compétent (ou de ses adjoints).

En dehors des heures ouvrables de service, la compétence de l'administrateur de garde peut ne pas être immédiate, mais de second recours. Ainsi, lors d'un incident technique, l'agent technique de garde sera alerté le premier par le service concerné, quitte à ce qu'il informe immédiatement l'administrateur de garde en cas de difficulté manifestement sérieuse. De même, le personnel soignant et le personnel administratif doivent être en mesure de répondre à la majeure partie des questions posées, quitte à en référer en second recours, en cas de doute ou de situation à risque, à l'administrateur de garde.

L'exercice de la garde administrative peut concerner de multiples situations, des plus banales aux plus complexes, qui sont générées par l'activité hospitalière ou son environnement.

Par une note en date du 20 janvier 2005, adressée à l'ensemble des directeurs chefs d'établissement, la Direction générale a précisé plus particulièrement le mode de prise en charge des **situations sensibles**.

Cinq types de risques principaux sont notamment identifiés dans ce cadre :

- les risques liés aux **activités médicales et de soins** (infections nosocomiales, erreur de diagnostic et de traitement, défaut de surveillance...);
- les risques **professionnels** (accidents du travail, agressions, conflits sociaux...);
- les risques **industriels et environnementaux** (accidents, incendie, panne électrique...);
- les risques **informatiques et de télécommunication** (panne informatique, atteinte à la confidentialité...);
- les risques **concernant l'image de l'AP-HP** (prise en charge de personnalités, visites de personnages publics, soins aux personnes incarcérées...)

Le cadre juridique de la garde administrative

L'exercice de la fonction de direction

- L'obligation d'assurer la garde de direction découle des **fonctions exercées par le directeur du groupe hospitalier** et de leur continuité nécessaire. Il lui revient, en qualité de chef d'établissement, d'en fixer l'organisation.

Cette obligation découle au sein de l'AP-HP des fonctions du directeur général, telles qu'elles sont énoncées par l'article L. 6143-7 du code de la santé publique et qui sont en partie déléguées aux directeurs des groupes hospitaliers et des hôpitaux de l'AP-HP pour le fonctionnement courant : *«le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement (...) et autres que celles qui relèvent du conseil de surveillance (..) . Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art»*.

Dans ce cadre, *«le directeur de chaque hôpital ou groupe hospitalier assure la conduite de l'hôpital ou du groupe hospitalier dont il est chargé sous l'autorité du directeur général et, le cas échéant, dans les matières qui lui sont déléguées, sous l'autorité du directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire (GHU) dont il dépend, conformément à leurs directives respectives»* (art. R. 6147-22, C. santé publ.).

- Une autre source juridique de la garde de direction est énoncée dans un texte ancien, le décret du 17 avril 1943, qui impose au directeur une présence constante par **nécessité absolue de service**, présence qui s'étend *ipso facto* à l'ensemble du personnel de direction en cas d'absence, programmée ou non, du directeur. Cette nécessité absolue de service justifie l'intervention directe du directeur du groupe hospitalier pour organiser la garde administrative.

On notera qu'il n'y a pas de corrélation parfaite entre l'obligation d'assurer la garde de direction et l'attribution d'un logement de fonction, même si la concession du logement facilite évidemment l'exercice de la garde : en effet, l'agent de direction non logé par l'établissement n'a pas le droit de se soustraire de ce seul fait à l'obligation de garde. Il peut seulement prétendre, en l'absence d'une telle concession, au versement d'une indemnité.

- Un fondement juridique de la garde, d'origine jurisprudentielle, découle par ailleurs des obligations de tout «chef de service» (au sens de responsable administratif d'un service, d'un établissement,... en droit public) : en vertu de la jurisprudence constante faisant suite à l'arrêt «Jamart» (Conseil d'Etat, 7 février 1936), même dans le cas où l'autorité administrative ne tient d'aucune disposition législative un pouvoir réglementaire, il lui appartient de prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous son autorité. Ce pouvoir tire sa légitimité de la nécessité d'un fonctionnement régulier des services publics et repose sur l'idée que toute autorité doit naturellement disposer des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Responsable de la bonne marche du service dont il a la charge, le directeur du groupe hospitalier doit en toute logique fixer les modalités d'organisation de l'administration de garde.

- Enfin, le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit, en son article 7 («Garde de direction»), que *«Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le directeur du groupe hospitalier organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, un service de garde».*

Garde administrative et délégation de signature

- La garde administrative est organisée au sein de l'AP-HP à l'échelon de ses groupes hospitaliers. Il revient au directeur du groupe hospitalier d'organiser, selon les modalités qu'il juge appropriée pour garantir la continuité du service, une garde complémentaire sur tout ou partie des sites relevant du groupe hospitalier.

- Pour que la garde administrative soit assurée, le directeur du groupe hospitalier doit s'appuyer sur son **équipe de direction** et plus généralement sur les cadres de l'établissement qu'il estime en mesure de le représenter et de bénéficier à ce titre d'une délégation de sa signature.

Le code de la santé publique prévoit en effet que dans le cadre des délégations de compétences que peut leur déléguer le directeur général, les directeurs d'hôpitaux, de groupes hospitaliers et de services généraux et *les directeurs exécutifs de groupements hospitaliers universitaires* peuvent, sous leur responsabilité, déléguer leur signature aux personnels sur lesquels ils exercent leur autorité lorsqu'ils appartiennent à un corps ou exercent un emploi relevant de la catégorie A ou, à défaut, de la catégorie B, ainsi qu'aux praticiens responsables de pôle d'activité (art. R. 6147-23, C. santé publ.)

Peut ainsi participer effectivement à la garde de direction **tout membre du personnel hospitalier susceptible de recevoir une délégation de signature du directeur du groupe hospitalier.**

Sont concernés :

- les membres du corps des directeurs d'hôpital sont chargés sous l'autorité du chef de l'établissement de préparer et de mettre en œuvre les délibérations des conseils d'administration ou conseil de surveillance et les décisions prises par le chef d'établissement, dans le cadre de délégations que ces derniers leur ont accordées (article 1-3° du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction)
- les attachés d'administration hospitalière,
- les adjoints des cadres hospitaliers,
- les directeurs des soins,
- les ingénieurs,
- les cadres de santé.

En pratique, il est recommandé de ne faire participer aux gardes administratives que les personnels disposant d'une certaine expérience.

Les personnels de l'AP-HP mis à disposition ou détachés auprès d'organismes tiers (y compris auprès du ministère de la Santé) sont placés sous l'autorité hiérarchique de ceux-ci et ne peuvent donc être destinataires d'une délégation de signature ou de compétence du Directeur général de l'AP-HP. Ils ne peuvent exercer la fonction d'administrateur de garde au sein de l'AP-HP pour tout le temps de leur mise à disposition ou de leur détachement.

Les administrateurs de garde ne peuvent assurer la garde dans un hôpital ou groupe hospitalier de l'AP-HP que s'ils disposent d'une délégation de signature du directeur de l'hôpital ou du groupe hospitalier concerné. Dans le cas où des directeurs sont chargés de la garde administrative dans un groupe hospitalier, hôpital ne relevant pas d'un groupe hospitalier ou au siège, sans y être affectés pour leurs fonctions principales, ils sont placés selon le cas sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier ou de l'hôpital concerné ou du siège, pour la période de la garde administrative et disposent d'une délégation de signature pour les actes et décisions y afférant dans les conditions prévues par arrêté.

Le tableau de garde

Les administrateurs de garde une fois désignés, il revient au directeur du groupe hospitalier d'établir un **tableau de garde**.

Ce document est essentiel : il indique les jours et plages horaires pendant lesquels les administrateurs de garde assurent la garde.

Ce tableau de garde doit être formalisé en un document écrit, daté et signé du directeur, car il faudra le cas échéant être en mesure de le présenter sous une forme incontestable.

Un exemplaire doit être conservé par le directeur et un autre exemplaire remis à chaque administrateur de garde, dans un délai permettant à l'administrateur intéressé d'en être informé et d'avoir pris ses dispositions.

Il doit préciser la nature de la garde pour laquelle l'administrateur de garde a été désigné et la période précise de cette garde. Il doit notamment préciser, sans aucune ambiguïté, si l'administrateur doit ou non assurer la garde, en tant que de besoin, pendant la journée, en semaine.

Administrateurs en premier, administrateurs en second

- En raison de la taille des groupes hospitaliers et de leur organisation sur plusieurs sites, la garde peut être organisée en deux niveaux et être assurée conjointement par un «**administrateur en premier**», membre de l'équipe de direction, et un «**administrateur en second**», agent de catégorie A ou B.

La répartition des tâches doit être définie par le directeur du groupe hospitalier, notamment pour la gestion des premiers recours et des affaires courantes. En tout état de cause, il revient à l'administrateur en premier » d'assurer personnellement la représentation du directeur du groupe hospitalier dans toutes les circonstances qui doivent être gérées dans une délégation de premier niveau.

Chef d'établissement / administrateurs de garde

- Au cours de la garde administrative, le directeur du groupe hospitalier n'est jamais dessaisi de ses compétences. Le cadre juridique étant celui de la délégation de signature, rien n'empêche le directeur du groupe hospitalier, à tout moment, de prendre une décision dans une matière faisant l'objet de la délégation.

L'administrateur de garde n'est donc pas investi de l'ensemble des pouvoirs du directeur du groupe hospitalier : son action se cantonne à l'urgence et, consécutivement, aux mesures strictement nécessaires au bon fonctionnement du service.

Les incidents survenant à l'occasion d'une garde et nécessitant d'y trouver rapidement remède peuvent être très divers : recrutement de personnel intérimaire, renforcement des effectifs d'un service de soins, appel aux forces de l'ordre ou au juge des référés pour l'expulsion d'occupants sans titre du domaine public ... L'urgence justifiant l'intervention de l'administrateur de garde exclut par elle-même tous les cas dans lesquels la solution peut attendre et l'administrateur de garde n'a pas lieu en principe d'intervenir dans le domaine de l'organisation générale du groupe hospitalier, qui relève du seul chef d'établissement.

- Enfin, l'administrateur de garde demeure soumis aux prérogatives et à l'autorité hiérarchique du directeur du groupe hospitalier : les mesures qu'aura prises l'administrateur de garde seront contrôlées *a posteriori* par le directeur du groupe hospitalier en sa qualité de supérieur hiérarchique. L'intervention du directeur du groupe hospitalier au cours même de la garde, pour imposer la conduite à tenir, fait que le permanent sera contraint d'exécuter l'ordre reçu, sauf si celui-ci est manifestement illégal (hypothèse, évoquée ici «pour ordre», du "devoir de désobéissance" : v. arrêt Conseil d'Etat, 10 novembre 1944, *Langneur*).

A l'échelon central de l'AP-HP :

La garde «Direction générale» (DG) et la garde «Siège»

A l'échelon central de l'établissement «AP-HP», deux gardes sont organisées qui fonctionnent 7 jours sur 7 :

- la garde «Direction Générale»
- la garde « Siège » (Direction du Siège)

Ces deux gardes sont confiées à des responsables du Siège, appartenant en principe au corps des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Les gardes s'organisent de la manière suivante :

- la **garde de fin de semaine** commence le vendredi à 19 h. 00 et s'achève le lundi à 8 h. 30.
- la **garde de semaine** commence le lundi soir à 19 h. 00 et s'achève le vendredi 8 h. 30.
- la **garde de jour férié** commence la veille à 19 h. 00 et s'achève le lendemain à 8 h. 30.
- Avant chaque prise de garde, il est souhaitable de s'informer des affaires en cours, auprès du Cabinet du Directeur général (poste 3271 – 3272) et de la cellule de veille (poste 4630).

Missions de l'administrateur de garde

Il revient à l'Administrateur de garde «Direction générale», pour l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP :

- d'assurer la gestion des événements sensibles,
- d'assurer la gestion initiale des situations de crise,
- de mettre en place la cellule de crise.
- d'une manière générale, de représenter la Direction générale et de prendre les mesures appropriées en ce sens.

Il revient à l'Administrateur de garde «Siège» :

- d'assurer la gestion des événements indésirables des différents sites gérés par la Direction du Siège
- d'assurer la mise en place du Centre opérationnel de gestion de crise («CO Victoria»),
- d'aider l'Administrateur de garde «Direction générale», en tant que de besoin.

En relation avec le «CERVEAU», les administrateurs de garde «Direction générale» et «Siège»

- reçoivent un bulletin quotidien spécial à 18 h 00 les informant des tendances de la journée et de la capacité en lits ;
- doivent, pour tout événement lié à l'activité des urgences pour lequel ils ont été contactés pendant leur garde, adresser le matin à 9 h. 30 les informations relatives à cet événement, de préférence par mél à [«veille-regionale.urgences@sap.aphp.fr»](mailto:veille-regionale.urgences@sap.aphp.fr).

Les Administrateurs de garde «Direction générale» et «Siège» sont tenus pendant leur garde :

- d'avoir en permanence l'alphanpage ouvert en mode «sonnerie» sur eux,
- de **passer leurs communications par le standard, afin d'en assurer la traçabilité,**
- de tenir le standard informé, autant que possible.

Ils doivent répercuter pendant leur garde, 24 heures sur 24, **les événements sensibles porteurs d'une charge critique** auprès du cabinet du directeur général ou du secrétaire général, et notamment :

- les événements graves perturbant l'organisation de l'activité d'un site hospitalier,
- les événements à fort potentiel médiatique,
- les hospitalisations/ décès d'une personnalité
- tout autre élément jugé pertinent.

Ils doivent à l'issue de leur garde, établir un rapport de garde

Tous les événements ne doivent pas être signalés. Un événement doit être évalué en tenant compte des éléments «porteurs de crise». En tout état de cause, il convient d'éviter que le signalement de l'événement, lorsqu'il est issu de l'activité et du fonctionnement de l'AP-HP, ne provienne de l'extérieur. Et le signalement s'impose en cas de doute.

Ils doivent en cas **d'événement critique**, et notamment lors de déclenchement des plans blancs, bleus, zonaux ainsi que des plans gouvernementaux de défense civile (plans «pirate») :

- déclencher la pré-alerte Plan blanc,
- se rendre impérativement au Siège.

En cas de **demande de la presse**, ils doivent :

- recueillir les coordonnées de leur interlocuteur et l'objet de son appel,
- saisir la personne d'astreinte de la Direction de la Communication/Siège et prendre ses consignes.

Les administrateurs de garde «Direction générale» et «Siège» doivent passer en début de garde :

- A la cellule du «CERVEAU» (Victoria, 1^{er} étage, n° 140) en milieu d'après-midi et sur rendez-vous pour recueillir les informations et les consignes pour la réalisation du bulletin quotidien assuré conjointement le week-end par les administrateurs de garde «Direction générale» et «Siège».
- Au cabinet de la Direction générale (Victoria – 2^{ème} étage, n° 272-273) pour :
 - prendre les consignes (AdG «Direction générale» et AdG «Siège»)
 - récupérer la mallette de garde (AdG «Direction générale»)
- Au standard téléphonique (Victoria, escalier B – 3^{ème} étage gauche) pour :
 - récupérer l'alphapage et le téléphone portable (AdG «Direction générale»)
 - récupérer le téléphone portable (AdG Siège)
- Au secrétariat de la Direction du Siège (Victoria) pour récupérer la mallette de garde et l'alphapage (AdG «Siège»).

L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) – AP-HP en Ile-de-France

Les administrateurs de garde peuvent accéder en consultation :

- au site **CERVEAU** Cyber-urgences pour disposer d'une vision globale sur l'activité en temps réel des services d'urgences en Ile-de-France.

<http://cyber-urgences.aphp.fr/esante/jspSurveillance/accueil.jsp>

Mot de passe et login : urgences

- au site **ROR** Ile-de-France :

* pour accéder aux informations relatives aux disponibilités en lits de réanimation en Ile-de-France (ex site CAPRI),

* au répertoire dans lequel tous les établissements de santé d'Île-de-France ont décrit leur offre de soins (avec coordonnées téléphoniques, ...), actualisé au minimum une fois par an.

Pour toute information complémentaire, chaque site de l'AP-HP a un coordonnateur ROR en responsabilité de ce dossier.

<https://www.ror-if.fr>

Mot de passe et login : roradgaphp

Cette organisation s'appuie sur les SAMU-Centre 15, les SMUR et les Services d'urgence, structures de soins autorisées par l'ARS.

Par ailleurs, l'ARS a mis en place en Ile-de-France en janvier 2012 une structuration de la permanence des soins en nuit profonde pour la prise en charge en chirurgie viscérale et orthopédique adultes. Ce dispositif est complété en avril 2013 par l'organisation d'une permanence des soins en nuit profonde pour des activités de soins spécialisées.

SAMU

Numéro de téléphone unique par département : 15

Un médecin urgentiste hospitalier, 24h/24 et des médecins libéraux, le plus souvent sur des horaires de permanence des soins, répondent aux appels d'urgence concernant toutes détresses médicales. Ils sont appuyés par les Assistants de Régulation Médicale pour la gestion des appels et l'organisation des moyens. Les réponses apportées sont multiples : conseils médicaux, envoi de médecins libéraux dans le cadre de PDSA (permanence des Soins Ambulatoires), envoi d'ambulances, et pour les situations les plus lourdes, envoi d'une ambulance médicalisée hospitalière (SMUR). La régulation et l'orientation des patients graves vers les services de réanimation, de soins continus ou de soins intensifs relève de la responsabilité unique du SAMU de chaque département. En situation exceptionnelle ou de gestion de nombreuses victimes, le SAMU est le pivot des dispositifs d'organisation hospitalière.

Implantation des SAMU en Ile-de-France

SAMU 75 (Paris)	<u>AP-HP Necker</u>	01 44 49 24 95	samudeparis.regulation@nck.aphp.fr
SAMU 77 (Seine-et-Marne)	CH Melun (M. Jacquet)	01 64 71 66 88	regul.samu77@ch-melun.fr
SAMU 78 (Yvelines)	CH Versailles	01 30 84 96 00	regulationsamu78@ch-versailles.fr
SAMU 91 (Essonne)	CH Sud Francilien	01 69 13 91 15	regulation@samu91.org
SAMU 92 (Hauts-de-Seine)	<u>AP-HP R. Poincaré</u>	01 47 10 70 10	regulation.samu92@rpc.aphp.fr
SAMU 93 (Seine-St-Denis)	<u>AP-HP Avicenne</u>	01 48 96 44 44	r.samu93@avc.aphp.fr
SAMU 94 (Val-de-Marne)	<u>AP-HP Mondor</u>	01 45 17 95 00	samu94.alerte@hmn.aphp.fr
SAMU 95 (Val-d'Oise)	CH Pontoise (R Dubos)	01 30 75 42 15	samu95.regulation@ch-pontoise.fr

SMUR

Le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est une structure autorisée par l'ARS. Le SMUR correspond à une implantation dans un établissement de santé d'une ou plusieurs ambulances, dénommées Unité Médicale Hospitalière (UMH). Les SMUR sont répartis pour assurer une couverture géographique du territoire. Les SMUR sont engagés, à la seule demande du SAMU, pour des transports médicalisés primaires ou secondaires. Les équipages sont composés d'un conducteur ambulancier, d'un infirmier diplômé d'Etat et d'un médecin. Il existe quelques UMH pédiatriques, et les Ambulances de Réanimation (AR) de la BSPP peuvent aussi être engagées.

Implantation des SMUR à Paris et en petite couronne

75015 Paris	AP-HP SAMU Necker	SMUR adulte et pédiatrique
75004 Paris	<u>AP-HP Hôtel-Dieu</u>	SMUR adulte
75010 Paris	<u>AP-HP Lariboisière</u>	SMUR adulte
75013 Paris	<u>AP-HP Pitié-Salpêtrière</u>	SMUR adulte
75013 Paris	BSPP Masséna	AR
75017 Paris	BSPP Champerret	AR (couverture la défense)
75019 Paris	<u>AP-HP Robert-Debré</u>	SMUR pédiatrique
75020 Paris	BSPP Ménilmontant	AR
92 Garches	AP-HP Raymond Poincaré	SMUR adulte
92 Clamart	<u>AP-HP Antoine Bécère</u>	SMUR pédiatrique
92 Clichy	<u>AP-HP Beaujon</u>	SMUR adulte

92 Plessis-Robinson	BSPP Plessis Robinson	AR
93 Bobigny	AP-HP Avicenne	SMUR adulte
93 Aulnay	CHI Robert Ballanger	SMUR adulte
93 Montfermeil	GHI Le Raincy-Montfermeil	SMUR adulte
93 Montreuil	<u>AP-HP Avicenne (Montreuil)</u>	SMUR pédiatrique basé au CH Montreuil
93 Montreuil	BSPP Montreuil	AR
93 Saint-Denis	CHG St-Denis (site Delafontaine)	SMUR adulte
94 Créteil	AP-HP Henri-Mondor	SMUR adulte
94 Villeneuve Saint-Georges	CH Villeneuve-Saint-Georges	SMUR adulte
94 Vitry	BSPP Vitry	AR

Services d'urgences

Les services d'urgences à l'AP-HP

			Tel Standard
75004 Paris	<u>Hôtel-Dieu</u>	Urgences adultes	01 42 34 82 34
75010 Paris	<u>Lariboisière</u>	Urgences adultes	01 49 95 65 65
75010 Paris	<u>Saint-Louis</u>	Urgences adultes	01 42 49 49 49
75012 Paris	<u>Saint-Antoine</u>	Urgences adultes	01 49 28 20 00
75012 Paris	<u>Armand Trousseau</u>	Urgences adultes et pédiatriques	01 44 73 74 75
75013 Paris	<u>Pitié-Salpêtrière</u>	Urgences adultes	01 42 16 00 00
75014 Paris	<u>Cochin</u>	Urgences adultes	01 58 41 41 41
75015 Paris	<u>HEGP</u>	Urgences adultes	01 56 09 20 20
75015 Paris	<u>Necker</u>	Urgences pédiatriques	01 44 49 40 00
75018 Paris	<u>Bichat</u>	Urgences adultes	01 40 25 80 80
75019 Paris	<u>Robert Debré</u>	Urgences pédiatriques	01 40 03 20 00
75020 Paris	<u>Tenon</u>	Urgences adultes	01 56 01 70 00
92 Boulogne	<u>Ambroise Paré</u>	Urgences adultes et pédiatriques	01 49 09 50 00
92 Clamart	<u>Antoine Bécclère</u>	Urgences adultes et pédiatriques	01 45 37 44 44
92 Clichy	<u>Beaujon</u>	Urgences adultes	01 40 87 50 00
92 Colombes	<u>Louis Mourier</u>	Urgences adultes et pédiatriques	01 47 60 61 62
93 Bobigny	<u>Avicenne</u>	Urgences adultes	01 48 95 55 55
93 Bondy	<u>Jean Verdier</u>	Urgences adultes et pédiatriques	01 48 02 66 66
94 Créteil	<u>Henri Mondor</u>	Urgences adultes	01 49 81 21 11
94 Le-Kremlin-Bicêtre	<u>Bicêtre</u>	Urgences adultes et pédiatriques	01 45 21 21 21

Les autres services d'urgence à Paris et en petite couronne

			Tel Standard
75014 Paris	Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph	ESPIC	01 44 12 33 33
75020 Paris	Hôpital de la Croix-Saint-Simon	ESPIC	01 44 64 16 00
92 Antony	Hôpital privé d'Antony	PL	01 46 74 37 00
92 Clamart	Hôpital d'Instruction des Armées Percy	HIA	01 41 46 60 00
92 Levallois	Institut Hospitalier Franco Britannique	ESPIC	01 47 59 59 59
92 Meudon	Pôle santé du plateau (site Meudon)	PL	01 41 28 10 00
92 Nanterre	Hôpital Max Fourestier (CASH)	EPS	01 47 69 65 65
92 Neuilly-sur-Seine	CH Courbevoie Neuilly Puteaux (site Neuilly)	EPS	01 40 88 60 00
92 Sèvres	CH des quatre villes (site Sèvres)	EPS	01 77 70 70 70
92 Saint-Cloud	CH des quatre villes (site Saint-Cloud)	EPS	01 77 70 70 70
92 Suresnes	Hôpital Foch	ESPIC	08 26 20 72 20
93 Aubervilliers	Hôpital Européen de Paris – La Roseraie	PL	01 48 39 48 00
93 Aulnay	CHI Robert Ballanger	EPS	01 49 36 71 23
93 Aulnay	Hôpital Privé de l'Est Parisien – Clinique d'Aulnay	PL	01 48 19 33 33
93 Bagnolet	Centre Médico Chirurgical Floréal	PL	01 48 97 72 00
93 Montfermeil	GHI Le Raincy-Montfermeil	EPS	01 41 70 80 00
93 Le Blanc-Mesnil	Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis	PL	08 25 74 34 44
93 Saint-Denis	CHG de Saint-Denis (site Delafontaine)	EPS	01 42 35 61 40
93 Stains	Clinique de l'Estrée	PL	01 49 71 71 71
93 Tremblay-en-France	Hôpital Privé du Vert-Galant	PL	08 26 30 93 93
94 Bry-sur-Marne	Hôpital Saint-Camille	ESPIC	01 49 83 10 10
94 Champigny-sur-Marne	Hôpital Privé Paul d'Egine	PL	01 49 83 66 00
94 Créteil	CHI Créteil	EPS	01 45 17 50 00
94 Saint-Mandé	Hôpital d'Instruction des Armées Bégin	HIA	01 43 98 50 00
94 Thiais	Hôpital Privé de Thiais	PL	01 45 60 28 28
94 Villeneuve-St-Georges	CHI Villeneuve-Saint-Georges	EPS	01 43 86 20 00
94 Vitry	Hôpital Privé de Vitry (site Pasteur)	PL	01 45 73 35 35

Organisation de la permanence des soins en service de spécialité

Neurochirurgie

Une garde régionale sur 24h est assurée par cinq hôpitaux de l'AP-HP (Beaujon, Bicêtre, Henri-Mondor, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière) et l'hôpital Saint-Anne pour les urgences en **neurochirurgie adultes**. La liste de garde est disponible sur le site Internet de l'AP-HP sous l'onglet urgences <http://urgences.aphp.fr/urgences-neurochirurgicales/> et sur le site du ROR.

L'hôpital Necker assure une garde 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en **neurochirurgie pédiatrique**.

Centre anti-poisons

Le centre anti-poisons (Hôpital Fernand Widal) est accessible par téléphone **tous les jours, 24 heures sur 24 au 01 40 05 48 48**.

Appels nocturnes : reçus en alternance une semaine sur deux par le Centre anti-poisons de l'AP-HP (Fernand Widal) ou le Centre anti-poisons du CHU de Nancy.

Maternités

Les 13 maternités de l'AP-HP, accueillant les urgences obstétricales et gynécologiques sont implantées dans les hôpitaux suivants : Antoine-Béclère, Beaujon, Bicêtre, Bichat, Cochin, Jean-Verdier, Lariboisière, Louis-Mourier, Necker, Pitié-Salpêtrière, Robert-Debré, Armand-Trousseau, et Tenon.

L'organisation de la permanence des soins pour la prise en charge des hémorragies de la délivrance (astreinte de radiologie interventionnelle AP-HP)

Cette organisation a été mise en place par l'AP-HP pour faciliter l'accès à une prise en charge en radiologie vasculaire interventionnelle pour les hémorragies de la délivrance, dès lors que le recours au service de référence habituel de chaque maternité ne peut être mis en œuvre.

Cette garde d'astreinte est assurée par semaine du lundi 8h30 au lundi 8h30 par l'un des cinq services suivants : Antoine Béclère (Radiologie et Imagerie), Beaujon (Radiologie), Lariboisière (Radiologie à orientation viscérale et vasculaire), Pitié-Salpêtrière (Radiologie polyvalente diagnostique et interventionnelle) et Tenon (Imagerie médicale). La liste de garde d'astreinte est diffusée aux directions, services de radiologie et d'anesthésie-réanimation de ces cinq hôpitaux.

Elle est également diffusée à tous les chefs de service de gynécologie et d'obstétrique de l'AP-HP, aux quatre SAMU de l'AP-HP, ainsi qu'à l'administrateur de garde de la Direction Générale.

L'organisation de la permanence des soins en nuit profonde en chirurgie viscérale et orthopédique adultes

Cette organisation a été mise en place par l'ARS en janvier 2012. Les sites labellisés par l'ARS, dont vous trouverez la liste ci-dessous pour Paris et petite couronne, ont l'obligation d'accueillir les patients justifiant d'une prise en charge opératoire en nuit profonde (22h30 – 8h30). D'autres établissements sont labellisés pour accueillir les urgences chirurgicales en première partie de nuit dans le cadre de la PDSES (liste non jointe). Pour suivre ce dossier un registre des refus a été mis en place sur le site ROR. Il permet de suivre les difficultés relatives à la mise en œuvre de ce dispositif. Chaque service d'urgence et chaque SAMU ont la possibilité d'accéder à ce registre pour signalement d'un refus. Au niveau de chaque hôpital, l'accès à ce registre est autorisé aux référents administratifs et médicaux désignés par la direction (coordonnées sur site ROR).

PDSES Nuit profonde Paris et petite couronne.

75010 Paris	<u>Lariboisière</u>	AP-HP
75012 Paris	<u>Saint-Antoine</u>	AP-HP
75013 Paris	<u>Pitié-Salpêtrière</u>	AP-HP
75014 Paris	<u>Cochin</u>	AP-HP
75014 Paris	Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph	ESPIC
75015 Paris	<u>HEGP</u>	AP-HP
75018 Paris	<u>Bichat</u>	AP-HP
92 Boulogne	<u>Ambroise Paré</u>	AP-HP
92 Clamart	<u>Antoine Bécélère</u>	AP-HP
92 Clamart	Hôpital d'Instruction des Armées Percy	HIA
92 Clichy	<u>Beaujon</u>	AP-HP
92 Colombes	<u>Louis Mourier</u>	AP-HP
93 Bobigny	<u>Avicenne</u>	AP-HP
93 Aulnay	CHI Robert Ballanger	EPS
93 Saint-Denis	CHG de Saint-Denis (site Delafontaine)	EPS
94 Créteil	<u>Henri Mondor</u>	AP-HP
94 Le-Kremlin-Bicêtre	<u>Bicêtre</u>	AP-HP
94 Saint-Mandé	Hôpital d'Instruction des Armées Bégin	HIA
94 Villeneuve Saint-Georges	CHI Villeneuve-Saint-Georges	EPS

L'organisation de la permanence des soins en nuit profonde dans les autres spécialités

Cette organisation a été mise en place par l'ARS en avril 2013. Elle concerne l'ophtalmologie, l'ORL, la chirurgie pédiatrique, la chirurgie de la main, l'odontologie et l'urologie adultes. Les sites labellisés par l'ARS, dont vous trouverez la liste ci-dessous pour l'Ile-de-France, ont l'obligation d'accueillir les patients justifiant d'une prise en charge opératoire en nuit profonde (22h30 – 8H30). Un registre des refus sera également organisé pour le suivi de cette activité.

Ophtalmologie	75004 Paris	<u>Hôtel-Dieu</u>	AP-HP
Ophtalmologie	75012 Paris	CHNO des quinze-vingts	EPS
Ophtalmologie	75019 Paris	Fondation ophtalmologique A de Rothschild	ESPIC
Ophtalmologie	78 Poissy	CHI Poissy-St-Germain (site Poissy) en alternance avec Mantes-la-Jolie.	EPS
Ophtalmologie	94 Villeneuve Saint-Georges	CHI Villeneuve-Saint-Georges	EPS

ORL adultes Centre référent régional	75010 Paris	<u>Lariboisière</u>	AP-HP
ORL adultes	77 Lagny	CH Lagny Marne La Vallée (site Jossigny)	EPS
ORL adultes	78 Le Chesnay	CH de Versailles (André Mignot) en alternance avec Poissy	EPS
ORL adultes	91 Corbeil	CH Sud Francilien	EPS
ORL adultes	94 Villeneuve Saint-Georges	CHI Villeneuve-Saint-Georges	EPS
ORL adultes	95 Pontoise	CH René Dubos	EPS

L'accueil en ORL pédiatrique est organisé à l'AP-HP sur le site de Necker.

Chirurgie pédiatrique	75012 Paris	<u>Armand Trousseau</u>	AP-HP
Chirurgie pédiatrique	75015 Paris	<u>Necker</u>	AP-HP
Chirurgie pédiatrique	75019 Paris	<u>Robert Debré</u>	AP-HP
Chirurgie pédiatrique	93 Aulnay	CHI Robert Ballanger	EPS
Chirurgie pédiatrique	94 Créteil	CHI Créteil	EPS
Chirurgie pédiatrique	94 Le-Kremlin-Bicêtre	<u>Bicêtre</u>	AP-HP
Chirurgie pédiatrique	94 Villeneuve Saint-Georges	CHI Villeneuve-Saint-Georges	EPS

Chirurgie de la main	75012 Paris	<u>Saint-Antoine</u>	AP-HP
Chirurgie de la main	75019 Paris	<u>Robert Debré</u>	AP-HP
Chirurgie de la main	77 Pontault-Combault	Clinique la Francilienne	PL
Chirurgie de la main	78 Trappes	Hôpital privé de l'Ouest Parisien (HPOP)	PL
Chirurgie de la main	91 Longjumeau	Clinique de l'Yvette	PL
Chirurgie de la main	94 Champigny-sur-Marne	Hôpital Privé Paul d'Egines	PL

Odontologie	75013 Paris	<u>Pitié-Salpêtrière</u>	AP-HP
Odontologie (Projet)	91 Corbeil	CH Sud Francilien	EPS
Odontologie (Projet)	94 Villeneuve Saint-Georges	CHI Villeneuve-Saint-Georges	EPS

Urologie adultes	75013 Paris	<u>Pitié-Salpêtrière en lien avec Tenon</u>	AP-HP
Urologie adultes	75014 Paris	<u>Cochin en lien avec HEGP</u>	AP-HP
Urologie adultes	75018 Paris	<u>Bichat en lien avec Saint-Louis</u>	AP-HP
Urologie adultes	77 Lagny	CH Lagny Marne La Vallée	EPS
Urologie adultes	78 Le Chesnay	CH de Versailles (André Mignot)	EPS
Urologie adultes	91 Longjumeau	CH Longjumeau en alternance avec Etampes	EPS
Urologie adultes	92 Antony	Hôpital privé d'Antony	PL
Urologie adultes	92 Suresnes	Hôpital Foch	ESPIC
Urologie adultes	93 Aulnay	CHI Robert Ballanger (réseau fédération uro 93)	EPS
Urologie adultes	94 Créteil	<u>Henri Mondor en lien avec Bicêtre</u>	AP-HP
Urologie adultes	95 Pontoise	CH René Dubos	EPS

La garde technique

La mise en place d'une garde technique s'impose en raison de la complexité croissante des installations et des équipements, et de leur nécessaire fonctionnement continu.

Au sein de l'AP-HP, la garde technique est organisée à trois niveaux successifs et complémentaires :

- **au niveau local** : chaque groupe hospitalier dispose d'une permanence technique et d'une garde locale, cette dernière étant assurée en dehors des heures ouvrables. Cette permanence fonctionne 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Assurée par des techniciens, elle comporte différentes composantes : électricité, plomberie, dépannages généraux et mise en sécurité. Il s'agit donc d'une garde de compétence très large, mais qui n'inclut pas la composante «informatique».

- **à un niveau intermédiaire** : en 2000, une garde des ingénieurs a été officiellement formalisée pour l'ensemble de l'AP-HP. Elle fonctionne sur la base d'un regroupement des groupes hospitaliers en huit zones. 48 ingénieurs participent au tour de garde.

- **au niveau central** : la garde SMS (Sécurité, Maintenance et Services) fonctionne 24 heures sur 24, toute l'année. Elle est organisée sur la base d'astreintes à domicile, avec des techniciens qui peuvent se déplacer sur l'ensemble des sites. Son champ d'intervention comprend :

- le secours électrique (par exemple, les groupes électrogènes mobiles),
- le «froid», climatisation
- la plomberie,
- le chauffage,
- l'électricité,
- le transport (dépannage automobile),
- le transport à titre très exceptionnel de personnel AP-HP et de matériels AP-HP,
- les équipements de restauration.
- Le dépannage automobile

(on notera que pour le chauffage et l'électricité, SMS intervient principalement en renfort du niveau local).

SMS

**14, rue du Port-aux-Lions
94227 Charenton-le-Pont Cedex**

Horaires ouvrables : 01.45.13.65.00

WE et jours fériés hors heures ouvrables : 01.40.27.50.00

En cas de panne technique, la procédure suivante doit être suivie :

- identifier le dysfonctionnement au niveau local et solliciter l'intervention du technicien ;
- dès lors que le problème ne peut être résolu au niveau local, **contacter le standard du Siège** (composer le 01.40.27.30.00) ;
- le standard orientera alors soit vers l'ingénieur de zone de garde, soit vers le technicien SMS ;
- en cas de problème plus grave, appeler l'administrateur de garde du Siège (également via le standard) : il pourra éventuellement mettre en œuvre le dispositif «CO-Victoria» (centre opérationnel de crise) et activer, le cas échéant, la cellule centrale et les cellules locales de crise.

[La garde du Service Central des Ambulances (SCA)]

Le Service Central des Ambulances de l'AP-HP (SCA) assure une permanence 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

Un numéro de téléphone unique (01.45.15.67.89) permet de joindre l'agent de SCA qui contactera l'administrateur de cette garde.

Demandes concernant les SMUR :

- remorquage et dépannage des Unités Mobiles Hospitalières
- absence d'ambulanciers à la prise de service

Gestion des demandes de transports sanitaires

- pour toutes questions relatives aux demandes de transports sanitaires, il existe un numéro de téléphone unique : **01.45.15.65.92 (régulation)**

[La garde informatique : l'astreinte informatique sur le site de «Bessières»]

La Direction du Système d'information (DSI - site de production de Bessières) organise une **astreinte informatique** dont son rôle est d'assurer aux utilisateurs, autant que possible, une continuité de service.

Conditions d'appel :

- **Le service d'astreinte est assuré :**
 - du lundi au vendredi de 19 h. 00 à 7 h. 00,
 - du vendredi à 19 h. 00 au lundi à 7 h. 00,
 - les week-ends et jours fériés (jour et nuit).
- Le personnel d'astreinte intervient pour remédier dans les meilleurs délais aux dysfonctionnements de nature technique **en fonction du niveau de priorité et du caractère critique des incidents signalés.**
- Le **problème informatique** rencontré doit être de nature **technique**. L'équipe d'astreinte n'est en effet pas en mesure actuellement de répondre à des problèmes relatifs à l'utilisation ou au fonctionnement des logiciels.
- Le problème rencontré doit entraîner **une rupture de service intermittente ou permanente**. Les dysfonctionnements n'entraînant pas de rupture de service sont exclus du périmètre de l'astreinte.
- Enfin, le **problème** rencontré doit avoir un **caractère d'urgence**. Il ne doit pas être possible de le traiter dans le cadre d'une gestion courante des incidents.

La prise d'appel :

(Actuellement)

- Tous les appels pour l'astreinte informatique doivent passer par l'**administrateur de garde** ou le **standard téléphonique** (selon l'hôpital), **seuls autorisés à appeler le service d'astreinte informatique**. Il est prévu qu'ultérieurement, l'administrateur de garde/standard téléphonique sera joint par le Point d'Entrée Unique sur l'Hôpital (PEUH).

(Ultérieurement)

- L'utilisateur ayant rencontré le problème appelle le **Point d'Entrée Unique sur l'Hôpital (PEUH)**

- Le PEUH consulte la **liste des applications couvertes par les astreintes de Bessières** : AC-TIPIDOS, CCAM, GILDA, GIP, MEDIWEB, PHEDRA, RADOS, SANDRA, SGL.GLIMS, WINREST, SRD, STARE.

- Si l'application est couverte par les astreintes, le PEUH doit se référer à l'application en question.

- Après la qualification de l'appel par le PEUH, celui-ci peut être amené à contacter l'astreinte informatique. Pour cela, **il doit réunir au préalable les informations** suivantes :

l'application concernée par l'appel,

le nom du service,

le nom de l'utilisateur ayant rencontré le problème son numéro de téléphone

la description du problème.

Puis, il doit se présenter et faire connaître son numéro de téléphone.

- **Le PEUH déclenche l'appel** auprès de l'astreinte informatique au **01.40. 25.38.40**, puis communique les informations ci-dessus.

Dispositions générales

Pour toutes les applications, les contrôles suivants doivent être réalisés, étant précisé qu'aucun appel n'est recevable par ce dispositif pour des problèmes fonctionnels ou pour des incidents matériels sur un poste.

Accès à l'application :

- Si un poste ne fonctionne pas, il faut essayer sur un autre poste.
- Si l'utilisateur peut travailler, mais a un message gênant et non bloquant, il faut reporter l'appel à la DSI aux heures ouvrées dans la semaine.
- Si tous les postes des utilisateurs ne fonctionnent pas, il faut faire appel à l'astreinte.

Editions :

- Il faut faire appel à l'astreinte en cas de **problème général** d'édition sur toutes les applications.

Il en est de même :

- Si **aucune application** hébergée sur Bessières **ne fonctionne**

- Dans le cas où l'application fonctionne normalement, sauf sur **une fonction spécifique** (qui est probablement liée à une autre application), que **cette fonction est bloquante** et que l'ensemble des utilisateurs rencontrent la même difficulté.

Dispositions particulières

Il faut se reporter à l'application concernée directement par le problème.

ACTIPIDOS :

Problème d'impression :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes d'édition. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration de messages (réception de messages) :

Il faut faire appel à l'astreinte dans les cas suivants :

- Si tous les nouveaux patients ne sont pas intégrés dans l'application,
- Si toutes les dispensations des médicaments ne sont pas intégrées dans l'application.

CCAM – SAG :

Problème d'impression :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes d'édition. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration de messages (réception de messages) :

Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes de réception de messages. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

EDITIONS – SERVEUR D'IMPRESSION

- Le serveur d'impression est utilisé par plusieurs applications pour leurs éditions.

En cas de problème généralisé des éditions sur les applications sous astreinte de Bessières, le serveur d'impression est probablement en cause. Il faut alors faire appel à l'astreinte.

GILDA :

Problème d'impression :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Il faut faire appel à l'astreinte si le problème d'édition est général à tous les utilisateurs.

Problème d'intégration (réception de messages) :

- Il faut faire appel à l'astreinte si tous les nouveaux patients ne sont pas intégrés dans l'application.

GIP :

En général, les appels ne sont pas déclenchés directement pour GIP. La cause du problème peut provenir d'une autre application et ce problème est signalé par celle-ci.

MEDIAH :

MediaH est le pivot d'échange/communication entre les applications.

En cas de problème généralisé de non-réception de messages par toutes les applications, le serveur MediaH est probablement en cause. Il faut dans ce cas faire appel à l'astreinte.

Il faut de même faire appel à l'astreinte si les applications (SGL, URQUAL, SANDRA) restantes sur l'hôpital ne reçoivent plus de messages.

MEDIWEB :

Problème d'impression :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes d'impression. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration de messages (réception de messages) :

- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes de réception de messages. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

PHEDRA :

Problème d'impression :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes d'impression. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration de messages (réception de messages) :

Il peut être fait appel à l'astreinte dans les cas suivants :

- Si tous les nouveaux patients ne sont pas intégrés dans l'application,
- Si toutes les prescriptions des médicaments et autres activités de soins ne sont pas intégrées dans l'application.

RADOS :

L'application WorkList (EsyLink) n'est pas couverte par l'astreinte de Bessières et il ne peut être fait appel à l'astreinte pour cette application.

Problème d'impression :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes d'impression. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration de message (réception de messages) :

- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour des problèmes de réception d'identité de nouveaux patients. L'utilisateur peut toujours saisir l'identité directement dans Rados et ces identités seront corrigées dans les heures ouvrées de la semaine. L'appel doit être uniquement déclenché pendant ces horaires.

SANDRA :

Problème d'impression :

- Les résultats peuvent être consultés par accès à l'application. En conséquence, si les éditions ne fonctionnent pas, il faut reporter la résolution du problème aux heures ouvrées dans la semaine.

Problème d'intégration de messages (réception de messages) :

- Il faut faire appel à l'astreinte si aucun résultat n'est reçu dans l'application.
- Il ne faut pas faire appel à l'astreinte si les identités de nouveaux patients ne sont pas intégrées dans l'application.

SGL/GLIMS :

Il ne faut pas faire appel à l'astreinte pour les laboratoires d'explorations fonctionnelles. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'impression :

Edition des étiquettes :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Il faut faire appel à l'astreinte si le problème d'édition est général à tous les utilisateurs.
- Pour les autres types d'impression, la résolution des problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration (réception de messages) :

- Il faut faire appel à l'astreinte si toutes les identités de nouveaux patients ne sont pas récupérées.

SRD – RESTAURATION :

Problème d'impression :

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- Aucun appel ne doit être déclenché pour des problèmes d'impression. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration (réception de messages) :

- Il doit être fait appel à l'astreinte si toutes les identités de nouveaux patients ne sont pas intégrées dans l'application.

STARE :**Problème d'impression :**

- Pour les éditions, il ne doit pas être fait appel à l'astreinte.

Problème d'intégration (réception de messages) :

- Il faut faire appel à l'astreinte si tous les résultats ne sont pas intégrés dans Stare.
- Il faut faire appel à l'astreinte si toutes les identités de nouveaux patients ne sont pas intégrées dans l'application.

WINREST - RESTAURATION :**Problème d'impression :**

- Si l'édition ne marche pas sur une imprimante, essayer d'éditer sur une autre imprimante.
- L'astreinte ne doit pas être sollicitée pour des problèmes d'impression. La résolution de ces problèmes doit être reportée aux heures ouvrées de la semaine.

Problème d'intégration (réception de messages) :

Il faut faire appel à l'astreinte si les identités de nouveaux patients ne sont pas intégrées dans l'application.

Jours ouvrés/jours ouvrables :

En droit du travail :

Les jours «ouvrables» sont tous les jours de la semaine, à l'exception du dimanche et des différents jours fériés chômés.

Les jours «ouvrés» sont les jours effectivement travaillés de la semaine, c'est-à-dire, en général, du lundi au vendredi inclus.

La communication avec les médias pendant la garde

Dans les cas, en principe exceptionnels, où l'administrateur de garde "Direction générale" serait sollicité au cours des heures de fermeture du service de presse (nuit et week-end) pour des demandes de presse (demandes d'informations, demandes de reportage, etc.), il jugera du caractère urgent ou non des demandes formulées par les médias et en informera, si nécessaire, la Direction de la communication (directrice de la communication ou l'un de ses collaborateurs directs) via leur téléphone professionnel, connus du Standard.

Pour les demandes pouvant avoir un impact manifestement sensible et ne pouvant être différées au lendemain, en accord avec le cabinet de la Directrice générale, il informe la Direction de la communication, qui si elle le juge nécessaire, prendra en charge directement la gestion de la crise média.

La Direction de la communication informe dans ce cas, et au fur et à mesure, l'administrateur de garde des suites données.

[v. fiche n°63 : «accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers».](#)

L'organisation de crise

Les situations de crise correspondent à des circonstances de nature diverse : crise médicale, crise sanitaire, accidents ou intempéries de grande ampleur, etc.

Elles peuvent se traduire par la difficulté majeure pour l'AP-HP, ou certains de ses groupes hospitaliers, d'assurer leur mission. Ou de la probabilité pour les groupes hospitaliers d'être confrontés à court terme à cette situation.

De manière générale, l'organisation du système de gestion de crise au sein de l'AP-HP s'inscrit dans un processus permanent comportant trois degrés : la veille, l'action et la gestion de crise.

La veille

Cette veille, permanente, est assurée de manière générale, hors le temps de la garde par le Cabinet du Directeur général. Il se traduit principalement, pour les activités médicales, par le fonctionnement de la **Cellule régionale de veille et d'action sur les urgences («CERVEAU»)**, organisée conjointement par l'ARS d'Ile-de-France et l'AP-HP. Sa mission est le suivi de l'activité d'un échantillon de services d'urgences volontaires d'Ile-de-France.

Cette cellule est située au Siège et fonctionne avec des personnels dédiés. Elle travaille avec un réseau d'établissements sentinelles, dispose d'indicateurs d'alerte et produit un court bulletin d'information quotidien.

Ce dispositif de veille spécifique est placé sous la responsabilité fonctionnelle de la Mission «Urgence/Région» de la DPM. Il est articulé avec les autres relais de veille régionale (centre opérationnel de la zone de défense - COZ) ou nationale (InVS).

• L'action

S'agissant des activités médicales, lorsqu'il est constaté que les groupes hospitaliers atteignent un état de nette tension dans la gestion du flux des urgences, en particulier pour assurer l'hospitalisation en aval, le dispositif de veille se hausse en position d'action.

Celle-ci se traduit par :

- la mise en place d'un relevé exhaustif des données quotidiennes relatives aux urgences et à la réanimation dans tous les groupes hospitaliers accueillant des urgences,
- une réunion quotidienne de la «cellule action» du Siège afin d'analyser les données recueillies et, le cas échéant, intervenir par exception pour faciliter les transferts, provoquer éventuellement des déprogrammations limitées, mobiliser plus largement les moyens en aval des urgences.

Chaque groupe hospitalier doit alors faire en sorte de disposer de capacités supplémentaires en lits en aval des urgences dans le cadre d'une organisation préétablie.

L'AP-HP se met systématiquement en «position action» chaque année pendant les périodes du 1^{er} juillet au 31 août et du 1^{er} décembre au 15 janvier. Elle se place en outre dans cette position chaque fois que la situation l'exige au vu des informations produites par le dispositif de veille.

La gestion de crise

La situation de crise exige que l'établissement soit à même de prendre des dispositions exceptionnelles visant une concentration de tous les efforts, sur l'objet et les effets de la crise, en différant des actions non immédiatement ou non absolument indispensables.

La mise en œuvre du dispositif de gestion de crise

Elle résulte d'une décision de la Direction générale (Directeur général, Secrétaire général, Directeur de Cabinet).

Elle peut être précédée d'une phase de mise en alerte à l'initiative des mêmes autorités ou de l'administrateur de garde.

Elle se traduit concrètement par l'activation immédiate du Centre opérationnel de gestion de crise du Siège (le CO-Victoria) et la réunion d'une «Cellule centrale de crise». La composition de cette cellule varie selon la nature de la crise.

Elle conduit, dans certaines conditions pré-identifiées, à la mise en œuvre de plans particuliers pré-établis.

Les plans de crise pré-établis

Ils sont divers et on peut en distinguer deux grandes «familles» :

- **le plan blanc** proprement dit, contenant une série de mesures génériques visant le passage en position de gestion de crise du Siège, des SAMU, des groupes hospitaliers et des pôles d'intérêt commun «logistiques»,
- **des plans spécifiques**, liés à la nature de l'événement (plans de la famille PIRATE, plans intempéries, plan de sécurité des points d'importance vitale, etc.)

Le Plan blanc (v. également la [fiche n° 78 : «L'afflux de victimes, les circonstances exceptionnelles et les plans blancs»](#))

Il correspond au dispositif de gestion de crise dont sont dotés les établissements de santé (loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004).

Il n'a vocation à être déclenché que lorsque les conséquences sanitaires d'un événement exceptionnel ne peuvent être normalement prises en charge dans le cadre du fonctionnement ordinaire du groupe hospitalier.

Au niveau de l'établissement, après son déclenchement par le directeur général, il conduit à l'activation coordonnée de plusieurs niveaux opérationnels :

- la Direction générale (centre opérationnel et cellule centrale de crise)
- les SAMU (régulations 75-zone, 92, 93, 94)
- les groupes hospitaliers (cellules locales de crise)
- les pôles d'intérêt commun «logistiques» (cellules locales de crise)

Au niveau des groupes hospitaliers, il repose sur la mise en œuvre d'une série de mesures principales :

1. le déclenchement et la levée du plan
2. l'activation de la cellule de crise locale

3. la sécurisation périphérique et le contrôle des accès
4. l'organisation de la circulation et du stationnement
5. la mobilisation des personnels
6. la mobilisation des matériels
7. l'augmentation des capacités d'hospitalisation
8. l'accueil et l'orientation des victimes
9. la traçabilité des patients hospitalisés
10. l'information des familles et des proches
11. la communication interne et externe

Le plan blanc s'applique d'emblée aux hôpitaux d'accueil des urgences.

Il peut cependant être déclenché et faire l'objet d'une mise en œuvre particulière dans les hôpitaux d'activité gériatrique.

2.3. Les plans spécifiques liés à la nature de l'événement

- Plan VIGIPIRATE
- Plans de lutte contre des risques et menaces particuliers
 - plan gouvernemental «NRBC» (nucléaire, radiologique, biologique, chimique)
 - intempéries (canicule, plan bleu, grands froids, inondations)
 - systèmes d'information (Piranet)
- Plan particulier de protection (sécurité des activités d'importance vitale)
- Plan d'évacuation de l'hôpital (*chapitre spécifique du plan blanc*)
- Plan de confinement de l'hôpital (*chapitre spécifique du plan blanc*)

Ces plans prévoient un ensemble de procédures à appliquer, de dispositifs à mettre en place et de ressources à mobiliser qui pourraient aussi s'appliquer en cas d'accident «NRBC» d'origine non terroriste.

Les administrateurs de garde disposent d'informations sur la gestion de crise sur les sites suivants :

- Intranet : http://intranet.ap-hop-paris.fr/sections/enjeux_et_projets/administration/rubrique1/

- le répertoire partagé : K:\crise

- Capri : <http://capri.aphp.fr>

login: cellule

mot de passe : veille

- Cyberurgences : <http://cyber-urgences.aphp.fr> login : urgences

mot de passe : urgences

La Cellule centrale de crise

La Cellule centrale de crise (CCC) est l'élément coordonnateur du dispositif général de crise, qui comprend notamment les cellules locales de crise des groupes hospitaliers et des pôles d'intérêt commun «logistiques».

La Cellule centrale de crise est l'entité décisionnaire et opérationnelle centrale. Elle est placée sous l'autorité du Directeur général (et en pratique par le Secrétaire général). Elle est activée au moment de la crise.

Activation

La mise en place de la Cellule centrale de crise est activée par une décision relevant de l'autorité de la Direction générale.

Cette décision - notifiée par la procédure «Alphapage» - fait suite :

- soit à une alerte significative du SAMU,
- soit à la survenue d'un événement grave porté à la connaissance du Cabinet du directeur général (hors période de garde) ou de l'administrateur de garde de la Direction générale,
- soit à une alerte directement transmise par les services de l'Etat (tutelles).

La mise en place de la Cellule centrale de crise est notifiée par un message (fax et mél) aux groupes hospitaliers concernés.

La mobilisation des personnes faisant partie de la Cellule initiale de crise et l'activation du centre opérationnel de gestion de crise (CO-Victoria) sont assurées par le Directeur du Siège ou par l'administrateur de garde du Siège. Les coordonnées de l'administrateur de garde du Siège sont connues du standard du Siège. La logistique du Centre opérationnel Victoria est assurée pendant la journée par deux secrétaires chargées de recevoir les méls, les appels téléphoniques et de diffuser les messages. La nuit et le week-end, cette fonction est assurée par l'administrateur de garde du Siège. Les clés de la salle Choussat doivent être retirées au standard Victoria. De même, les coordonnées du technicien de garde du Siège, qui a accès à tous les locaux concernés et qui a pour mission d'installer la salle de crise, sont conservées au standard du Siège.

Arrêt

L'arrêt de la Cellule centrale de crise est décidé par la Direction générale.

Il est notifié par un message envoyé à tous les groupes hospitaliers. Ce message précise les dispositions prises pour la période post-crise.

Missions de la Cellule centrale de crise

Organisation

1. La Direction générale nomme un «Directeur de crise» à qui il appartient de prendre toutes les mesures adéquates concernant la gestion de la crise. Il est, en l'absence du Directeur général, le décideur ultime.

A défaut, cette mission incombe à l'administrateur de garde.

2. La Cellule centrale de crise décide de la mobilisation des personnes non prévues dans la composition de la cellule.

3. Elle organise les permanences pour toute la durée de la crise.

4. Elle organise éventuellement le suivi post-crise.

Relations avec les groupes hospitaliers et les pôles d'intérêt commun «logistiques»

1. La Cellule centrale de crise s'assure de la bonne réception de l'alerte dans les groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun «logistiques» en demandant un accusé de réception par fax ou mél.

2. Elle s'assure de la mise en place des cellules locales de crise (CLC) et du caractère opérationnel de leurs moyens de communication (téléphones, télécopieurs, méls).

Cette vérification doit s'effectuer par des demandes d'accusés de réception sur les télécopieurs et les adresses méls indiqués par les groupes hospitaliers et les pôles d'intérêt commun «logistiques», et par des appels téléphoniques aux sites. Cette tâche est confiée au secrétariat de la Cellule centrale de crise, qui dispose d'une liste des coordonnées des CLC.

3. Elle centralise toutes les données de la crise fournies par les groupes hospitaliers, les SAMU et les pôles d'intérêt commun «logistiques», et les sollicite éventuellement pour leur demander des informations.

4. Elle diffuse auprès des sites concernés les informations utiles et les décisions qu'elle a prises. La diffusion des décisions s'effectue par mél ou par fax. La diffusion des décisions se fait par fax et si possible par mél (pour les documents non électroniques, envoi uniquement par fax).

5. Elle coordonne les moyens et les ressources des groupes hospitaliers et des pôles d'intérêt commun «logistiques».

6. Elle est seule habilitée à donner des consignes aux groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun «logistiques».

Relations avec les autorités

La Cellule centrale de crise assure les relations avec les autorités : Préfecture de police de Paris (secrétariat général de la zone de défense), Agence régionale de santé d'Ile-de-France, Ministère de la santé (Département des urgences sanitaires «DUS»), Agences de sécurité sanitaire (ANSM, ASN,...) notamment.

Elle diffuse auprès des hôpitaux les informations et les consignes données par les autorités.

Elle communique aux autorités les informations en sa possession concernant les victimes, la publication de la liste officielle des victimes étant du ressort des autorités administratives compétentes.

Les directeurs des groupes hospitaliers ont la responsabilité de la sécurité de leurs sites hospitaliers et doivent faire appel directement aux autorités de police s'ils l'estiment nécessaire.

Relations directes avec le public

Le **Pôle des Recherches Patients** («RIP» - DSPC), joignable au numéro unique 01 40 27 40 27, rattaché dans ces circonstances à la Cellule centrale de crise, est la structure chargée d'informer les demandeurs :

- sur la présence des patients ou leur passage aux urgences,
- sur leur présence dans les services d'hospitalisation.

Dans un contexte de crise, le Pôle des Recherches Patients est habilité à donner aux familles ou proches ces informations, sans accord préalable de la personne hospitalisée.

En aucun cas, il ne donne des informations médicales sur l'état de santé des victimes, ni sur leur décès éventuel. Ces informations ne peuvent être données que par les personnels soignants des groupes hospitaliers concernés.

En ce qui concerne les personnalités, la communication de ces informations relève de la Direction de la Communication après avis du Directeur de crise.

Les groupes hospitaliers transmettent en temps réel à la Cellule centrale de crise, par l'intermédiaire du système informatisé de traçabilité «VICTIMES», les informations concernant les patients. Ce site actualisé, accessible au Pôle des Recherches patients, permet à celui-ci de renseigner en temps réel les demandeurs. Toute autre demande d'information (liste de victimes, statistiques sur le nombre de personnes admises, etc.) est gérée par la Direction de la Communication après avis du Directeur de crise.

Installation du centre opérationnel de gestion de crise (CO-Victoria)

Elle est organisée par le Directeur du Siège ou l'administrateur de garde du Siège. Ceux-ci doivent mobiliser les moyens permettant d'installer et de rendre opérationnel, dans les plus brefs délais, l'ensemble des équipements et des liaisons de la salle de crise.

Numéros de la Cellule centrale de crise communiqués aux groupes hospitaliers :

01 40 27 46 00 : téléphone de réception des appels

01 40 27 46 01 : téléphone de réception des appels

01 40 27 46 02 : télécopieur de réception des messages

L'adresse mél de la Cellule centrale de crise, à laquelle les groupes hospitaliers doivent adresser leurs messages, est communiquée au moment du déclenchement des opérations de gestion de crise.

La logistique du Centre opérationnel Victoria est assurée pendant la journée par deux secrétaires chargées de recevoir les méls, les appels téléphoniques et de diffuser les messages. La nuit et le week-end, cette fonction est assurée par l'administrateur de garde du Siège. Les clés du local doivent être retirées au standard du Siège.

La gestion de la communication en situation de crise (potentielle ou avérée)

La gestion de l'information en situation de crise est souvent aussi importante que la gestion de la crise elle-même.

Si un événement indésirable grave constitue toujours une situation sensible, il n'est pas appelé à devenir systématiquement une crise médiatique. L'organisation mise en place par l'AP-HP s'inscrit dans une démarche préventive de la crise médiatique : **apprécier avec discernement le risque de crise potentielle** induit par chaque événement indésirable grave, en intégrant la gestion des médias comme élément de pilotage stratégique, ceci dès l'amont de l'alerte.

Il est souvent possible d'empêcher ou de limiter la survenue d'une crise consécutive à un événement indésirable grave **en procédant de façon rigoureuse et diligente**.

L'alerte immédiate de la Direction de la Communication via l'administrateur de garde de la Direction générale en constitue un élément.

Sont concernés notamment :

- les événements à risque de contentieux (agression d'un agent, accident médical grave,...)
- les situations à risque social (conflits du travail, situations de danger grave et imminent,...)
- les situations anormales du fait de leur nature ou de leur fréquence (accidents et dysfonctionnements graves, décès anormaux, infections inhabituellement récurrentes, incidents à répétition,...)

ou tout autre sujet ou événement concernant les activités de l'AP-HP.

En situation de crise résultant d'un événement sur un site hospitalier, **le point de départ est a priori l'information de la Direction générale** (Cabinet du Directeur général ou administrateur de garde « Direction générale ») par le directeur du groupe hospitalier (ou l'administrateur de garde du groupe hospitalier).

La Direction générale ou l'administrateur de garde de la Direction générale :

- informe alors de la situation dès que nécessaire et mobilise la Direction de la Communication, la DAJ et tout autre direction fonctionnelle ou service susceptible d'être impliqué dans la gestion de la situation,
- désigne le chef de file qui sera en appui du directeur de chaque hôpital concerné. Ce **chef de file** assurera l'interface Direction générale / groupe hospitalier pendant toute la durée de la situation sensible.

Si le besoin de communiquer apparaît, la Direction de la Communication se rapproche du chef de file. Elle définit, en lien avec le directeur de chaque hôpital concerné (ou avec l'administrateur de garde du groupe hospitalier), le niveau de cette communication : niveau central ou niveau local. Elle informe la Direction générale et le directeur de chaque groupe hospitalier concerné du déroulement et de l'effet de la gestion de la communication.

- **La gestion de la communication locale est privilégiée dans un premier temps.** En effet, l'expérience montre que l'intervention du Siège induit ou accentue la perception de crise par les médias.
- **La Direction générale doit être informée de la situation suffisamment en amont.** Elle doit également être informée du contenu de l'information susceptible d'être diffusée.
- Le directeur du groupe hospitalier (ou l'administrateur de garde du groupe hospitalier) a la responsabilité de la coordination de la communication interne ou externe locale, en liaison avec la Direction générale qui valide les messages.

Afin de bien maîtriser les situations, la préparation et la mise en cohérence du discours et des données, notamment quantitatives, il est nécessaire de désigner au sein du groupe hospitalier **au moins deux personnes référentes des médias, pour la prise de parole au nom de l'AP-HP :**

- le directeur
- le président de la CME locale

D'autres personnes référentes peuvent également être désignées pour les assister, parmi lesquelles

- le président du CLIN
- le médecin médiateur
- le chargé de communication
- le ou les responsables de pôle ou de service concernés.

Dans le cadre de la stratégie de communication de crise mise en place par la Direction de la Communication :

- la Direction de la Communication (service de presse) centralise et gère l'ensemble des demandes d'information émanant de la presse. Elle est seule habilitée à communiquer un bilan hospitalier pour ce qui concerne l'AP-HP. Elle diffuse périodiquement, à cet effet, un communiqué de presse comportant la date, l'heure, le bilan quantitatif global des personnes hospitalisées dans les groupes hospitaliers de l'AP-HP (par hôpital et éventuellement par degré de gravité). Les indications complémentaires ne peuvent concerner éventuellement que l'âge et le sexe des victimes, mais en aucun cas leur identité. Par ailleurs, ce communiqué ne comporte aucune indication médicale.

- en dehors des communiqués préparés par la Direction de la Communication, un «porte-parole de crise» peut être désigné par le «coordonnateur de crise» pour assurer la communication auprès de la presse pendant tout ou partie de la durée de la crise.
- de manière générale, en situation de crise avérée, il convient de maîtriser la résonance, autant que possible. Un risque sous-jacent à la communication de crise est la discordance d'information : prises de parole intempestives, contradictoires, mal coordonnées, qui sont susceptibles de nourrir la crise médiatique en jetant la confusion. La nécessité de parler d'une seule voix dans un contexte soumis à de fortes pressions médiatiques et pour garantir une diffusion d'informations vérifiées, cohérentes et dont les sources sont fiables, justifie une gestion centralisée de la gestion des relations avec les médias et la constitution chaque fois que nécessaire de la «Cellule de communication de crise».

Quelques principes essentiels en cas de crise

Réactivité : alerter immédiatement la Direction générale en cas de situation potentielle ou avérée de crise

Cohérence : parler d'une seule voix en interne et en externe

Intégrité : vérifier la fiabilité des sources et des informations

Transparence maîtrisée : privilégier une communication offensive et claire

Concertation : ne jamais communiquer à chaud, ni sans échange préalable

Solidarité : tenir compte de la charge émotionnelle, des victimes et du personnel

Humilité : l'évolution d'un scénario n'est jamais prévisible

Suivi : assurer la sortie de crise et les suites, tant auprès des personnels que des médias

Les personnes référentes des médias

Ces personnes sont les seules habilitées à communiquer par oral ou par écrit avec les médias.

Tout contact avec les médias doit faire l'objet d'une concertation préalable entre les intéressés (directeur de groupe hospitalier, président de CME locale, responsables de service concernés) pour :

- élaborer ensemble le contenu du message
- communiquer des éléments sûrs et vérifiés, qui ne pourront pas être démentis, contredits ou sujets à polémique

Toute demande de commentaire doit être adressée au numéro où les personnes habilitées à communiquer sont joignables et ont été prévenues.

Aucune réponse ne doit être donnée directement et «à chaud» aux demandes, mais :

- il faut faire préciser la nature de la demande, la nature du support et le nom du correspondant
- il doit être indiqué qu'il sera répondu dans les délais les plus brefs et si possible dans l'heure.

Une grande vigilance doit être observée sur les autorisations de reportage dans un contexte où doivent être préservés le secret médical et le droit à l'image des patients et des soignants (voir sur ce point la [fiche n°63 : «L'accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers»](#)).

L'appui de la Direction de la Communication aux groupes hospitaliers

Une «hot line» est activée en situation de crise par la Direction de la Communication.

Cette assistance se traduit par

- une aide à l'évaluation de l'opportunité de communiquer au regard de la situation.
- un conseil sur les relais médias
- une aide à la formulation des messages en fonction des types de presse
- un conseil sur le dispositif à mettre en place et sur sa graduation :
 - communiqués de presse
 - entretiens et/ou interviews individuels
 - encadrement et autorisations de reportages
 - conférences et/ou points de presse
- une veille «médias» (monitoring) sur le traitement rédactionnel et audiovisuel de la situation
- la mise en place de média-trainings de crise.

Centre opérationnel de crise et communication : la Cellule centrale de communication de crise

Une **Cellule centrale de communication de crise** est directement reliée à la Cellule centrale de crise.

Sa mission est d'assurer la gestion des médias pendant la crise, en liaison directe avec la Direction générale, à savoir :

- l'élaboration des messages
- l'interface avec les porte-parole, les référents médicaux et administratifs
- relations avec la presse
- organisation des rencontres, interviews et reportages
- veille médias.

Communication de crise et Plan blanc

La gestion de ce type de crise est centralisée.

Elle s'intègre dans un dispositif départemental ou régional.

En cas de crise «NRBC» (nucléaire, radiologique, biologique, chimique), le niveau référent pour l'AP-HP est la zone de défense. La «Cellule de communication de crise» de l'AP-HP coordonne son action avec celle de la Préfecture de police et avec celle de la Préfecture de zone de défense (COZ).

Afin de parler d'une seule voix dans un contexte très encadré, soumis à de fortes pressions médiatiques et pour garantir une diffusion d'informations vérifiées, cohérentes et dont les sources sont «autorisées», la gestion des relations avec les médias est entièrement centralisée au niveau de la Cellule de communication de crise.

En cas de déclenchement d'un plan gouvernemental de défense civile (plans de la famille «Pirate»), l'AP-HP, même interpellée par les médias, ne peut prendre aucune initiative de communication. Cette règle s'applique tant au plan institutionnel que local ou a fortiori individuel.

En cas d' «Alerte Plan blanc» :

L'administrateur de garde Direction générale doit saisir le permanent de la Direction de la Communication (passer par le standard Victoria : 01 40 27 30 00).

Il doit l'informer des faits (premiers éléments d'information disponibles).

Le «coordinateur communication» (Directrice de la communication ou son collaborateur) appelé par le permanent de la Direction de la Communication, rejoint la Cellule centrale de crise pour une première évaluation de la situation.

En cas de déclenchement du Plan blanc :

La Cellule centrale de crise est activée. Le «coordonnateur communication» déclenche la procédure «communication de crise» et mobilise :

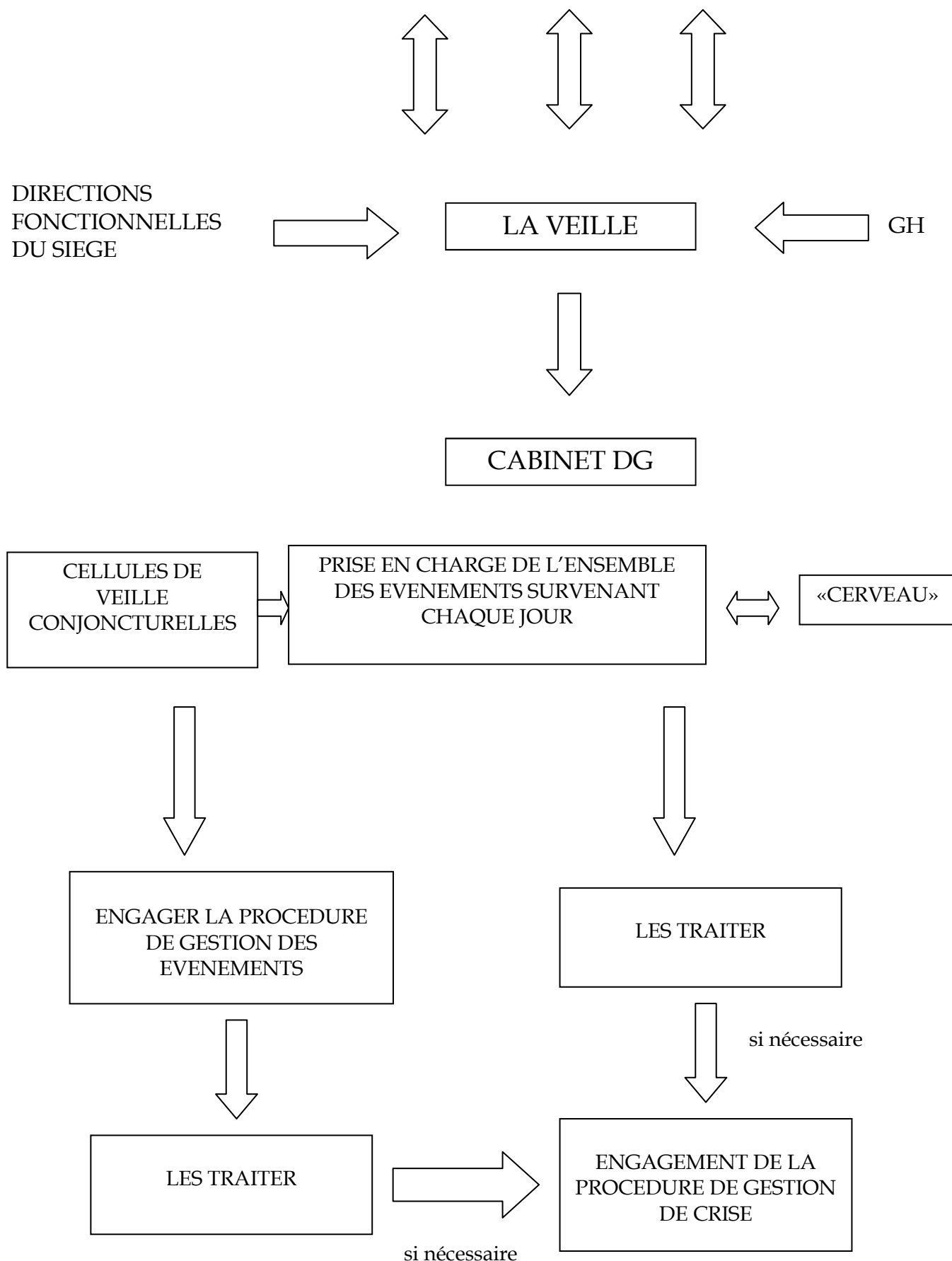
- l'équipe de suppléance (un binôme est en principe constitué, mais le dispositif est variable suivant l'ampleur de la crise)
- les porte-parole (référents médicaux et administratifs).

Le champ de la communication «Plan blanc»

Quelle que soit la pression légitimement exercée par les médias au nom du droit à l'information, la prise de parole de la Direction générale se limite dans ces circonstances, en principe, aux domaines suivants :

- **Bilan des victimes** : leur nombre, leur orientation, leur prise en charge. Dans le respect de la vie privée et du secret, aucune information à caractère nominatif n'est communiquée.
- **Informations médicales** relatives aux conséquences des produits mis en cause (tableaux cliniques, modes de prise en charge et traitements requis)
- **Informations sur les risques de contamination et les recommandations sanitaires** visant les personnels et le public (en fonction du type de risque)
- **Nature des stocks stratégiques** de médicaments, vaccins ou équipements disponibles dans les hôpitaux (dans la limite des réserves de confidentialité).

MINISTERES...ARS...PREFECTURE de POLICE ...



L'organisation pratique de la garde administrative

Certains instruments sont a priori indispensables au bon déroulement de la garde :

- une **valise de garde**, dont le contenu peut varier selon le groupe hospitalier. Elle peut comprendre notamment :
 - le mémento de l'administrateur de garde,
 - les plans détaillés des bâtiments relevant du groupe hospitalier,
 - un trousseau de clés permettant d'ouvrir l'ensemble des bâtiments et services du groupe hospitalier (en pratique, il peut également s'agir de la clé de l'armoire à clés ou d'un passe),
 - un téléphone mobile avec un nombre suffisant de batteries de secours;
 - un annuaire téléphonique du groupe hospitalier, du Siège, et comportant les numéros des administrations sanitaires, du Parquet, des services de secours, de la préfecture....,
 - le règlement intérieur de l'hôpital,
 - un registre de rapport de garde.
- le **registre de rapport de garde** est un document important permettant au sein de chaque hôpital :
 - l'information du directeur de l'hôpital (ou en cas d'absence, du membre du personnel de direction qui le remplace),
 - de garder trace des incidents survenus et traités lors de la garde et des initiatives prises pour les résoudre.

Ce registre doit être rédigé et signé à la fin de chaque garde par l'administrateur qui l'a assurée.

Il doit indiquer clairement et objectivement le type d'événement, d'incident ou de situation qui a posé problème (contexte précis, heure et lieu...), les mesures prises et les réponses apportées, les suites éventuelles à donner, les personnes contactées (Siège de l'AP-HP, Parquet, ARS,...).

Il s'agit d'un document essentiel, qui peut toujours, s'agissant d'un document administratif communicable au sens de la loi du 17 juillet 1978, servir d'élément de preuve permettant d'établir que l'hôpital a assumé ses missions dans des conditions normales.

Il doit être conservé au moins dix ans.

Partie II

[FICHES DE SITUATIONS]

1 - L'admission en urgence

Pour aller à l'essentiel...

Lorsqu'un patient doit être admis en urgence, il faut :

- **assurer les soins de premiers secours** et éventuellement **organiser le transfert** vers un établissement plus adapté;
- procéder aux formalités de **dépôt**;
- **prévenir** la famille si nécessaire.

Principe

L'admission d'un patient blessé ou malade réclamant des soins urgents est prononcée par le directeur (ou son représentant, l'administrateur de garde) qui doit veiller à ce que les **soins urgents soient délivrés**.

Lorsque l'hôpital ne dispose pas des moyens ou compétences pour assurer la prise en charge du patient, il doit **provoquer les premiers secours** et prendre toutes les mesures utiles et nécessaires pour **diriger** le patient vers un autre établissement.

Conditions

Aucun motif ne peut être invoqué pour faire obstacle à cette admission, requise par l'urgence (étant précisé que la notion d'urgence, nulle part définie, doit être appréciée au cas par cas).

Dans ces circonstances, l'hôpital ne peut exiger, préalablement aux soins, la présentation d'une carte d'identité ou d'une attestation de prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation par un organisme d'assurance ou de sécurité sociale.

Le patient ou un de ses proches sera invité, quand la situation le permettra, à régulariser sa situation administrative et financière auprès de la direction de l'hôpital.

Recommandations

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit :

- **prévenir la famille** du patient dans les meilleurs délais, sauf opposition expresse de sa part,
- procéder ou faire procéder aux formalités de dépôt lorsque le patient n'est pas en mesure de le faire lui-même,

v. [fiche 32 : «Le dépôt de biens»](#)

- **informer**, le cas échéant, le médecin désigné par le patient (a priori le médecin traitant) de la date et de l'heure de l'admission et du service afin qu'il puisse donner tous les renseignements possibles et utiles sur le patient,
- faire signer au patient, le cas échéant, une **attestation** (information sur les risques encourus) lorsque celui-ci refuse les soins ou l'hospitalisation et dresser un procès-verbal en cas de refus de signature.

Références

- Articles L. 1113-3 et R. 1113-5 du Code de la santé publique,
- Articles R. 1112-13 à R. 1112-16 du Code de la santé publique,
- Articles 79, 80 et 81 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

v. [fiche n° 37 : «Le refus de soins»](#)

2 - L'admission d'un mineur

Pour aller à l'essentiel...

- En principe, un patient mineur ne peut consentir seul à l'acte médical.
- Bien distinguer les actes usuels des actes non usuels.
- Détecter les situations dérogatoires (urgence médicale, IVG, demande de soins confidentiels...).

Rappels sur l'autorité parentale

L'article 371-1 du code civil caractérise **la règle de l'autorité parentale**. Il indique que *«l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité»*.

L'article 372 du même code pose la règle de **l'exercice conjoint** de l'autorité parentale et énonce que *«les père et mère exercent en commun l'autorité parentale»*. Néanmoins, **chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre**, quand il fait seul **un acte usuel** de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.

Toutefois, dans certaines situations et outre les cas de décès de l'un des parents, l'autorité parentale n'est pas exercée en commun. Il s'agit des situations suivantes :

- lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un des parents plus d'un an après la naissance d'un enfant dont la filiation est déjà établie à l'égard de l'autre : dans ce cas, le parent pour lequel la filiation était antérieurement établie est seul investi de l'exercice de l'autorité parentale (l'autorité parentale pourra néanmoins être exercée ultérieurement en commun en cas de **déclaration conjointe** des père et mère devant le greffier en chef du tribunal de grande instance ou sur décision du juge aux affaires familiales);
- lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard d'un seul parent de l'enfant;
- en cas de délégation de l'autorité parentale, volontaire ou non (article 377 du code civil);
- en cas de retrait total ou partiel de l'autorité parentale concernant un des parents (articles 378 et s. du code civil).

Principe : l'admission à la demande du représentant légal

L'admission d'un mineur est prononcée par le directeur de l'hôpital (ou l'administrateur de garde), sauf nécessité ou urgence, à la demande :

- d'une personne exerçant l'autorité parentale;
- ou le cas échéant de l'autorité judiciaire.

Lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission peut être demandée par le service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

L'admission à la demande de l'autorité judiciaire ou du service départemental de l'aide sociale à l'enfance

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle de la personne auquel le mineur a été confié (et qui en a la garde).

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service départemental de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale.

L'autorisation d'opérer

Attention !

- Lorsqu'il existe un désaccord entre les parents sur la décision d'hospitalisation et hors les cas d'urgence imposant l'intervention pour sauvegarder la santé du mineur, il leur revient de saisir le juge des enfants ou le juge aux affaires familiales.
- La doctrine retient qu'une mère mineure est, malgré sa minorité, titulaire de l'autorité parentale sur son enfant.

Exceptions : l'admission à la demande du mineur

Dans certaines circonstances, l'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

Il s'agit des cas suivants :

- le mineur émancipé;

Rappel sur l'émancipation

- le mineur est émancipé de plein droit par le mariage;
- le mineur non marié et ayant atteint l'âge de 16 ans révolus peut être émancipé par décision du juge des tutelles, à la demande des père et mère ou de l'un d'eux.

- le mineur dont les liens familiaux sont rompus et qui bénéficie personnellement à ce titre de la CMU;
- en cas d'urgence : dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réserve de régulariser la situation le plus rapidement possible;
- lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé;
- la mineure qui souhaite subir une IVG (v. [fiche n° 19: «la demande d'IVG»](#));
- lorsque des parents refusent un traitement, ou refusent de faire pratiquer une intervention sur leur enfant, et que ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur (dans ce cas, la loi prévoit que «le médecin délivre les soins indispensables»).

Rappel : âge de la majorité légale dans divers pays

En application de l'article 3 du code civil, l'âge de la majorité est fixé par la loi nationale du ressortissant.

C'est ainsi que pour les pays dans lesquels l'âge de la majorité se situe au delà de 18 ans, le consentement des titulaires de l'autorité parentale aux soins de leur enfant mineur peut être obligatoire au-delà de cet âge.

[Voir tableau page suivante](#)

Age de la majorité légale dans divers pays étrangers

Algérie	21 ans
Allemagne	18 ans
Autriche	19 ans
Belgique	18 ans
Brésil	21 ans
Burkina Faso	20 ans
Cameroun	21 ans
République centrafricaine	18 ans
Cote d'Ivoire	21 ans
Congo	18 ans
Espagne	18 ans
Etats-Unis	variable
Gabon	18 ans
Grèce	18 ans
Inde	18 ans
Irlande	18 ans
Italie	18 ans
Japon	20 ans
Liban	18 ans
Libye	18 ans
Luxembourg	18 ans
Madagascar	18 ans
Mali	18 ans
Maroc	21 ans
Mauritanie	21 ans
Monaco	21 ans
Nigeria	18 ans
Pakistan	18 ans
Pays-Bas	18 ans
Pologne	18 ans
Portugal	18 ans
Sénégal	18 ans
Sri Lanka	18 ans
Suède	18 ans
Suisse	18 ans
Tchad	18 ans
Turquie	18 ans
Tunisie	20 ans

v. [fiche n° 36 : «Le consentement du patient mineur»](#).

Références

- Articles L. 1111-5, L. 3211-10, L. 3211-1, L. 3213-1, L. 3211-12 et L. 3213-9 du Code de la santé publique,
- Articles R. 1112-34 et R. 1112-36 du Code de la santé publique,
- Articles 371 et suivants du Code civil,
- Circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants,
- Article 86 du règlement intérieur type de l'AP-HP.
- Voir Guide AP-HP : *L'enfant, l'adolescent à l'hôpital* (2002)

[3 - L'admission du majeur protégé]

Pour aller à l'essentiel...

Pour l'admission des majeurs protégés :

- les **règles du droit commun** s'appliquent aux patients sous **sauvegarde de justice** et sous **curatelle** : **l'admission relève en principe de leur décision**,
- l'admission d'un majeur sous tutelle ne peut être prononcée qu'à la demande de son **représentant légal** (le tuteur).

Définitions

Majeur protégé : personne majeure dont les facultés mentales et/ou corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge. Cette altération, médicalement établie, place la personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts.

Le majeur sous sauvegarde de justice

Il s'agit d'une mesure de protection juridique temporaire, mise en œuvre préalablement à un régime de protection plus durable ou pour un majeur atteint d'une altération provisoire de ses facultés. La personne conserve le plein exercice de ses droits. En matière de soins, elle conserve la **même capacité juridique** que n'importe quel patient. Son admission, son séjour et sa sortie relèvent des **règles du droit commun**.

Le majeur sous curatelle

Le majeur, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile. Son admission, son séjour et sa sortie relèvent des **règles du droit commun**.

Le majeur sous tutelle

La tutelle est mise en place lorsque la personne n'est plus à même d'exprimer sa volonté et a donc besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Il s'agit d'une mesure de représentation par laquelle le tuteur désigné agit en lieu et place du majeur. Certes, la loi prévoit que le consentement aux soins doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, mais d'une manière générale, **le majeur sous tutelle ne peut consentir seul ni à son admission, ni aux soins : le tuteur le représente et seul son consentement est requis**.

Références

- Articles 448 à 490-3, 491 à 491-6, 492 à 515 du Code civil,
- Articles 101 et 102 du règlement intérieur type de l'AP-HP.
- voir Guide AP-HP, *Personnes vulnérables et domaine médical – Quels sont leurs droits ?* (2007) .

v. [fiche 32 : «Le dépôt de biens»](#)

4 - L'admission d'une personne en situation de précarité

Pour aller à l'essentiel...

- En cas d'urgence, les premiers soins **doivent être dispensés** et l'admission prononcée.
- Les formalités seront accomplies ultérieurement, le cas échéant dans le cadre de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Ce dispositif garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et, aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

- **La CMU de base** permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France en situation régulière depuis plus de trois mois et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre.
- **La CMU complémentaire** accorde aux personnes les plus démunies le droit à une « complémentaire santé » **gratuite** (prise en charge du forfait journalier et du ticket modérateur sans avance de frais).

Lors de l'admission, la personne **doit fournir** à l'hôpital les documents nécessaires à la prise en charge de ses frais d'hospitalisation, **excepté en cas d'urgence** où son admission peut être prononcée par le directeur (ou l'administrateur de garde) sans que ces formalités n'aient préalablement été remplies.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Ces permanences ont également pour fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux. Tous les établissements publics de santé ayant une activité de court séjour sont tenus par la loi de mettre en place un tel dispositif, dans une configuration propre aux nécessités locales.

Les PASS n'ont a priori pas vocation à prendre en charge des assurés sociaux, sauf exception : absence de couverture complémentaire, personnes assurées sans le savoir ou ne présentant pas les documents en attestant, ainsi que personnes ayant besoin d'une assistance psychologique et sociale spécifique.

La loi prévoit que les établissements publics de santé, dans des conditions prévues en principe par convention avec l'Etat, peuvent être amenés à délivrer gratuitement des traitements aux personnes en situation de précarité (article L. 6112-6 du code de la santé publique). Le fait que les médicaments dont ils ont besoin ne soient pas remboursés par l'assurance maladie n'est pas une restriction prévue par la loi.

Pour des plus amples informations vous pouvez vous reporter à la brochure AP-HP « Les permanences d'accès aux soins de santé PASS » réactualisée en 2004 (3ème édition)

Période de grand froid et organisation de rondes

1. A la suite du décès d'une personne sans domicile fixe à proximité d'un hôpital parisien, un communiqué ministériel du 21 novembre 1998 a précisé que *«l'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes (...)»* et qu'à ce titre, le personnel hospitalier doit être *«sensibilisé»* à exercer *«une particulière vigilance partout où c'est nécessaire, au sein et aux abords des établissements hospitaliers, notamment par l'organisation de rondes régulières»*.

2. Une circulaire DGAS/1 A du 18 octobre 2004 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion – plan hiver 2004-2005, a ultérieurement mis en place un dispositif d'accueil et d'hébergement consolidé des personnes en difficulté prévoyant la collaboration, entre autres intervenants, des établissements de santé.

Ce dispositif prévoit notamment un recensement par les agences régionales d'hospitalisation des locaux susceptibles d'être mobilisés au sein des hôpitaux publics dans le cadre du «plan Hiver». De plus, la Ministre déléguée à la lutte contre la précarité et l'exclusion a rappelé à cette occasion que *«l'attention des directeurs d'établissements de santé est appelée sur la présence dans l'enceinte de l'hôpital de personnes sans abri et de leur signalement au 115»* (géré à Paris par le SAMU social).

L'AP-HP est tenue de participer également à ces actions au travers du SAMU : la même circulaire énonce en effet que *«si les personnes refusent d'être mises à l'abri alors qu'elles semblent en danger, il appartiendra aux agents entrés à leur contact d'user, dans un premier temps, de toute leur persuasion et, en cas d'échec, de prévenir le SAMU qui mobilisera les moyens appropriés afin d'évaluer la situation médicale de la personne et appréciera la nécessité de la faire hospitaliser (avec ou sans consentement). L'obligation d'assistance à personne en danger sera appréciée par les acteurs de terrain en lien avec le médecin régulateur du SAMU»*.

Références

- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle,
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions,
- Article L. 6112-6 du Code de la santé publique,
- Article 78 du règlement intérieur type de l'AP-HP,
- Communiqué ministériel du 21 novembre 1998 (organisation de rondes régulières aux abords des hôpitaux en période de grand froid),
- Circulaire DGAS/1 A n° 2004-511 du 18 octobre 2004 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion – Plan hiver 2004-2005.

5 – L'admission d'un patient non ressortissant de l'Union Européenne

Pour aller à l'essentiel...

- Distinguer l'**admission programmée**, qui impose des formalités préalables, de l'**admission en situation d'urgence**, qui doit être effectuée le cas échéant en suspendant la réalisation des formalités administratives.
- Les patients étrangers résidant régulièrement en France sont en principe couverts par l'Assurance maladie, dès qu'ils peuvent justifier de leur identité et d'une résidence stable et régulière.

L'admission programmée

L'admission doit être précédée de **démarches** au plan médical et au plan administratif.

Sur le plan médical, le patient doit adresser au directeur de l'hôpital, par l'intermédiaire d'un médecin :

- une lettre de demande d'avis médical en vue d'une hospitalisation précisant le nom du service sollicité,
- un résumé du dossier médical sous pli confidentiel.

Après étude du dossier, l'hôpital adressera au patient un avis médical accompagné d'un **devis** contresigné par la direction de l'hôpital, indiquant la durée prévisionnelle du séjour et le montant prévisionnel des frais de soins.

L'admission est subordonnée à la **confirmation** de la prise en charge des soins soit par un organisme tiers payeur soit par le patient lui-même.

S'il s'agit d'un malade payant ou d'un malade relevant d'un organisme dont les prises en charge ne sont pas acceptées par l'AP-HP, une **provision** d'un montant égal au devis doit être versée à l'hôpital par l'intermédiaire du Payeur de l'Ambassade de France du pays concerné (article R. 6145-4 du Code de la santé publique).

L'obligation de contracter une assurance privée

Tout étranger désireux d'entrer en France (ressortissants des pays non membres de l'Union Européenne), qu'il soit soumis ou non à une obligation d'obtention de visa, a l'obligation de contracter une assurance privée (depuis la loi du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour en France et à la nationalité dite loi «Misefen») couvrant ses éventuelles dépenses médicales et hospitalières, à hauteur de 30 000 euros minimum (v. article 3-2 du décret n° 2004-1237 du 17 novembre 2004).

Patients étrangers résidant régulièrement en France

Ces personnes, dès lors qu'elles peuvent justifier de leur identité et d'une résidence stable et régulière (article L. 161-2-1 du Code de la sécurité sociale), ainsi que leurs ayants droit sont en principe couverts par l'Assurance maladie.

L'admission en urgence

L'admission d'un malade en situation d'urgence médicalement constatée est **de droit**, quelles que soient les conditions de prise en charge administrative du malade.

Il convient toutefois, **dès lors que la réalisation de ces formalités est possible** compte tenu de l'état de santé du patient, et sans retarder la mise en œuvre des soins :

- de recueillir les **renseignements** et de photocopier les documents concernant le malade en vue de l'émission des titres de recettes,
- de préciser au malade le montant des **frais** engagés,
- d'informer l'hébergeant que des **actions en recouvrement** peuvent être engagées à son encontre si aucun règlement n'intervient,
- de demander le versement d'une **provision** compte tenu de la durée prévisible du séjour,
- de faire signer un **engagement de paiement** et de demander un relevé d'identité bancaire.

Les étrangers en situation irrégulière

Pour les étrangers en situation irrégulière, une durée de résidence en France d'au moins 3 mois est nécessaire pour bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (article 97 de la loi de finances pour 2003 du 30 décembre 2003).

Toutefois, un dispositif de prise en charge des soins urgents a été prévu pour les personnes en situation irrégulière, durant les 3 premiers mois de résidence en France : il concerne *«les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître»* (article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Références

Site internet du CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) : <http://www.cleiss.fr>

6 - L'admission d'une personnalité

Pour aller à l'essentiel...

L'admission d'une personnalité implique :

- de prévenir les autorités compétentes de la présence d'une personnalité au sein de l'hôpital et uniquement avec l'accord de celle-ci,
- d'organiser les visites (famille, amis, journalistes et photographes) avec l'accord de l'intéressé.

Les personnels doivent **signaler** au directeur (ou à l'administrateur de garde) toute consultation ou hospitalisation d'une personnalité. Il importe en effet d'assurer la protection de la personne contre toute indiscretion ou perturbation de son séjour.

L'intéressé doit être interrogé (si son état le permet), afin de connaître :

- s'il demande que son admission reste confidentielle,
- s'il souhaite recevoir certaines personnes qu'il aura choisies,
- s'il accepte la visite de journalistes et/ou photographes.

Dans ce dernier cas, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit délivrer préalablement une **autorisation écrite pour toute demande de visite**.

Selon la personnalité, et avec l'accord de celle-ci, le directeur (ou l'administrateur de garde) peut prévenir la Direction Générale, l'autorité sanitaire (ARS), et le préfet de sa présence au sein de l'hôpital.

Le directeur (ou l'administrateur de garde) peut, selon le cas, être amené à mettre en place, en lien avec les forces de l'ordre, un système de **sécurité et de protection** de la personnalité, aux abords de sa chambre et du bâtiment dans lequel elle est prise en charge.

V. [fiche n°14](#) : « L'admission confidentielle et sous le régime de l'anonymat »

V. [fiche n° 63](#) : « L'accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers »

Adresses et numéros utiles

ARS Ile-de-France,
35 rue de la Gare, 75935 Paris Cedex 19
Téléphone : 01 44 02 00 00 -
Courriel : www.ars.iledefrance.sante.fr

Préfecture

7 – L'admission d'un militaire

Pour aller à l'essentiel...

- L'hospitalisation d'un militaire doit être signalée à l'autorité militaire ou à la gendarmerie

Règle générale

En principe, les militaires de carrière, malades ou blessés, **ne sont pas** hospitalisés au sein des hôpitaux civils, et sont pris en charge par le Service de santé des Armées.

Ceci n'interdit bien entendu pas leur admission dans un hôpital civil lorsqu'elle est nécessaire.

Le directeur (ou l'administrateur de garde) qui prononce l'admission d'un militaire effectuée en cas d'urgence, doit **signaler** cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Adresses et numéros utiles

- Autorités militaires :
- Service de santé des armées : BP 125 – 00459 Armées – tél. : 01 41 93 36 10
- Hôpitaux militaires :

Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce
74, boulevard de Port-Royal – BP 1
00446 Armées
75005 PARIS
Tél. : 01 40 51 40 00

Hôpital d'instruction des armées Percy
101, avenue Henri-Barbusse
92141 CLAMART cedex
Tél. : 01 41 46 60 00

Hôpital d'instruction des armées Bégin
69, avenue de Paris
00498 Armées
94160 SAINT MANDE
Tél. : 01 43 98 50 00

Références

- Article R. 1112-29 du Code de la santé publique,
- Article 98 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

8 - L'admission d'un patient en état d'ébriété

Pour aller à l'essentiel...

- **délivrer les soins urgents** lorsqu'ils sont nécessaires,
- **appeler la police** (ou la gendarmerie) si le patient présente un danger pour lui et/ou pour les autres,
- **faire signer une attestation en cas de refus d'hospitalisation**,
- **consigner les démarches entreprises dans le rapport de garde.**

Principe

Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient. Si celui-ci refuse les soins, il peut quitter à tout moment et librement l'hôpital.

Aménagements et recommandations

Une personne en état d'ébriété n'est pas totalement en possession de ses moyens. Tout doit être mis en œuvre pour la convaincre de rester. **Si nécessaire, les premiers soins doivent être délivrés.**

Le directeur (ou l'administrateur de garde) peut, au cas par cas, et selon l'appréciation portée par le médecin sur l'état du patient :

- faire appel aux forces de police lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou pour autrui. Le patient sera alors en principe conduit au poste le plus proche par la police et placé en chambre de sûreté jusqu'à ce qu'il retrouve ses esprits;
- laisser sortir le patient si le médecin estime qu'il n'y a pas de danger.

Refus d'hospitalisation

En cas de refus d'hospitalisation, de refus de soins, ou de sortie contre avis médical, il convient de faire signer au patient, lorsque cela est possible, **une attestation** l'informant des risques qu'il encourt. A défaut de signature, la démarche tendant à convaincre le patient doit être mentionnée à son dossier médical.

v. [fiche n° 37](#) : «Le refus de soins»

Rétention de la personne contre sa volonté

En théorie, une telle rétention est possible, sur le fondement de l'article 122-7 du code pénal et à certaines conditions, appréciées par les médecins :

- un danger actuel ou imminent,
- un danger pour le patient lui-même, autrui ou un bien,
- les mesures prises doivent être strictement proportionnées à la gravité de la menace.

Article 122-7 du Code pénal

«N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace».

Cas du patient en état d'ébriété qui souhaite quitter l'hôpital et utiliser son véhicule

Le médecin qui constate l'état d'ébriété manifeste du patient ne peut le contraindre à rester au sein de l'hôpital et doit respecter sa liberté d'aller et venir.

Pour autant, le personnel hospitalier ne peut demeurer inactif. Selon les circonstances, l'hôpital pourra faire appel aux forces de police, informer les membres de la famille du patient de la situation afin qu'une personne se déplace pour le conduire chez lui, le retenir au sein de l'hôpital (cf. ci dessus : rétention de la personne contre sa volonté et l'article 122-7 du Code pénal) ou prendre une autre initiative appropriée.

Cas du patient amené par la police

Sont concernés ici les patients en état d'ivresse (ou les patients souffrant de troubles du comportement autres que l'ivresse) amenés par les autorités de police.

Lorsque, en dehors de toute réquisition, les services de police ou de gendarmerie amènent à l'hôpital un patient en état apparent d'ivresse, celui-ci doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état.

Si son état ne nécessite pas une hospitalisation, un certificat de non admission doit être délivré aux autorités de police ou de gendarmerie par le médecin qui a examiné le malade. Il doit être remis aux officiers de police judiciaire ou aux gendarmes qui l'ont amené.

Modèle type de certificat de non admission

Hôpital..... - Service des urgences

Je soussigné(e).....
certifie avoir examiné ce jour, àheures.....

M./Mme/Melle.....âgé(e) de
demeurant.....

présenté(e) par :

les fonctionnaires du commissariat de police de

les militaires de la brigade de gendarmerie de

L'état de santé du patient au moment de l'examen :

■ m'autorise*

■ ne m'autorise pas*

à remettre ce patient aux autorités de police (ou de gendarmerie).

■ Le patient refuse l'examen*

à....., le.....

(* rayer la mention inutile)

Références

- Articles L. 1111-4 et L. 3341-1 du Code de la santé publique,
- Article 122-7 du Code pénal,
- Articles 103 et suivants du règlement intérieur type de l'AP-HP.

9 – L'admission d'un blessé par arme

Pour aller à l'essentiel....

- Les professionnels de santé sont tenus au respect du secret professionnel : il ne doit pas y avoir de déclaration systématique aux services de police
- Les projectiles doivent être soigneusement conservés
- Le compte-rendu opératoire rédigé doit mentionner avec précision la localisation des projectiles et la nature des lésions constatées

Principe

L'article 40 du Code de procédure pénale prévoit que "(...) toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs".

Pour autant, sont exemptées de cette obligation les personnes astreintes au **secret professionnel**, dont les professionnels de santé (art. 226-13, C. pénal et L. 1110-4, C. santé publ.).

Recommandations

Aucune recommandation univoque ne peut être faite. Il revient au directeur de l'hôpital (ou à l'administrateur de garde) d'apprécier, autant que possible avec l'équipe médicale et soignante, la situation et les circonstances, puis de prendre avec discernement et en conscience les décisions qui lui paraissent s'imposer. **Il ne peut notamment y avoir de déclaration systématique aux services de police de l'admission des blessés par arme à feu ou arme blanche.**

Lorsque les praticiens hospitaliers extraient un projectile du corps d'un patient (balles, lames de couteaux,...), ils doivent prendre **les mesures conservatoires** appropriées permettant les examens utiles aux autorités judiciaires si elles étaient saisies.

Un **compte-rendu opératoire** particulier doit alors être rédigé. Il doit indiquer :

- la localisation des projectiles,
- la nature des lésions constatées.

Les vêtements de ces blessés, éventuellement utiles aux enquêteurs, peuvent être conservés en l'état quelques jours (circulaire du 21 juillet 1947).

Références

- Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, article 85,
- Articles 226-13, 226-14 et 434-1 du Code pénal,
- Article 82 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

10 – L’admission des patients détenus / prévenus / gardés à vue

Pour aller à l’essentiel...

Les détenus nécessitant des soins hospitaliers doivent en principe être transférés dans un hôpital spécialisé. Ils ne doivent donc être admis dans un hôpital de l’AP-HP qu’à titre **exceptionnel** :

- lorsque leur état de santé nécessite des soins particuliers ou ne pouvant être réalisés au sein d’un établissement pénitentiaire,
- (et pour les prévenus) pour des raisons tenant à l’impossibilité de les éloigner des juridictions devant lesquelles ils doivent comparaître.

Admission

Ces malades ou blessés doivent être hospitalisés au sein de l’hôpital, dans des locaux **spécialement aménagés** à cet effet. L’hôpital peut toutefois assurer leur hospitalisation dans d’autres locaux en cas d’urgence ou de nécessité de soins spécialisés.

Hors les cas d’urgence, l’admission d’un détenu se fait à la demande de l’administration pénitentiaire sur autorisation du Ministère de la Justice (magistrat saisi du dossier) et après avis d’un médecin intervenant dans le centre pénitentiaire.

En cas d’urgence, il doit être procédé à l’hospitalisation du détenu avant réception des accords du Ministère de la Justice et du médecin intervenant dans le centre pénitentiaire.

Surveillance et responsabilité

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent **exclusivement** aux personnels de l’administration pénitentiaire et s’exercent **sous leur responsabilité**.

En aucun cas, le service de sécurité intérieure de l’hôpital ne doit être amené à y participer.

Lorsque, pour des raisons strictes de sécurité, le chef d’escorte (police ou gendarmerie) estime qu’une consultation doit être annulée ou reportée, la décision est prise **sous la seule responsabilité de l’hôpital pénitentiaire**. Elle nécessite une lettre écrite de son directeur (et/ou du médecin pénitentiaire) et une information du directeur de l’hôpital. Elle s’impose au médecin hospitalier.

La responsabilité de l’hôpital ne saurait donc être engagée dans ce cas précis. En revanche, et dès lors que le détenu est pris en charge (consultation ou hospitalisation), l’insuffisance des soins prodigués est susceptible d’engager la responsabilité de l’hôpital, cette carence pouvant constituer une faute dans l’organisation et le fonctionnement du service.

Relations avec l'extérieur (visites, courrier, etc.)

Les personnes privées de liberté hospitalisées sont considérées comme continuant à subir leur peine, et pour les prévenus, comme étant placés en détention provisoire. Les règles de l'organisation pénitentiaire continuent donc de s'appliquer.

Pour le courrier, l'administration pénitentiaire conserve le pouvoir d'ouvrir et de retenir une correspondance, ainsi que de réclamer à l'hôpital des lettres qui auraient été adressées au détenu.

Attention !

Tout incident grave doit être **signalé** au Préfet, au Procureur de la République, au directeur régional des services pénitentiaires et au Ministre de la justice (pour un prévenu, au magistrat en charge du dossier ; pour un condamné, au juge de l'application des peines).

Organisation d'une consultation médicale - Recommandations

- Dans la mesure du possible, **préparer la consultation**, en concertation avec les services pénitentiaires.
- Les règles relatives au **consentement** s'appliquent aux détenus.

v. [fiche n° 34: « Le consentement aux actes médicaux »](#)

- **Eviter** d'annuler des rendez-vous à la dernière minute,
- **Limiter** le temps de présence du détenu au sein de l'hôpital,
- Organiser des **conditions d'accueil discrètes et adaptées**,
- Le cas échéant, laisser l'administration pénitentiaire décider du port de **menottes et/ou d'entraves**, celles-ci ne devant pas gêner le bon déroulement des soins,
- Respecter les **niveaux de sécurité** décidés par l'administration pénitentiaire (I, II ou III selon le danger potentiel du détenu : v. définitions ci-après). Dans tous les cas, le chef d'escorte doit veiller à prendre les mesures de sécurité qui s'imposent, celles-ci ne devant pas entraver la confidentialité de la consultation,
- Faire en sorte que le chef d'escorte puisse contrôler le local et assurer la surveillance de tous les accès.

Lors d'une consultation, certaines décisions peuvent être contestées par le médecin (par exemple, l'utilisation de moyens de contrainte). Dans ce cas, un formulaire type préalablement renseigné par le chef d'établissement pénitentiaire doit en principe être remis au médecin par le chef d'escorte afin de porter à sa connaissance les motifs justifiant le recours à de telles mesures de sécurité. A titre exceptionnel, et en fonction des éléments complémentaires portés à la connaissance du chef de l'établissement pénitentiaire (de l'un de ses adjoints ou du chef de service pénitentiaire ayant reçu délégation à cet effet), le dispositif mis en place pourra être modifié.

Attention !

Les femmes enceintes détenues ne doivent pas être menottées au cours de leur accouchement, dans la salle de travail et pendant le travail. La surveillance ne doit pas s'exercer à l'intérieur de la salle, mais à l'extérieur.

Personnes gardées à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du Procureur de la République ou du Juge d'instruction.

S'agissant du menottage, les règles applicables aux patients détenus sont transposables aux patients gardés à vue. Quel que soit le niveau de surveillance retenu par les officiers de police judiciaire (OPJ), ceux-ci doivent veiller à ce que les mesures de sécurité prises n'entravent pas la confidentialité de l'entretien médical. C'est pourquoi une concertation avec les médecins est essentielle. Ceux-ci devront toutefois se conformer à la décision retenue par les OPJ.

Lorsque, dans le cadre d'une procédure pénale, les OPJ demandent la réalisation d'examens particuliers, une réquisition est utile. En revanche, lorsque le patient gardé à vue est amené aux urgences et que son état de santé exige des soins immédiats, son admission est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun.

v. [fiche n° 1: « L'admission en urgence »](#)

Références

- Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire,
- Articles D. 391 à D. 399 du Code de procédure pénale,
- Articles R. 1112-30 à R. 1112-33 du Code de la santé publique,
- Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale,
- Articles 103 et suivants du règlement intérieur type de l'AP-HP.

Définitions utiles

(source : site du Ministère de la justice - www.justice.gouv.fr)

- **Administration pénitentiaire**

Direction et services relevant du ministère de la Justice. L'administration pénitentiaire prend en charge les personnes condamnées pénalement par décision de justice. Elle participe à l'exécution des décisions pénales et au maintien de la sécurité publique. Elle met en œuvre des actions de réinsertion sociale des personnes.

- **Centre de détention**

Prison, établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées qui présentent les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des **détenus**.

- **Centre pénitentiaire**

Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers à régime de détention différents : **maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale**.

- **Centre de semi-liberté**

Établissement pénitentiaire qui reçoit des condamnés admis au régime de **semi-liberté**.

- **Comparution**

Comparution personnelle

Convocation d'une **juridiction** (ou d'un juge) ordonnant à une personne de se présenter personnellement devant elle.

Comparution immédiate

Procédure par laquelle un **prévenu** est traduit immédiatement après l'infraction devant le **tribunal correctionnel** pour être jugé le jour même. Cette procédure n'est prévue par la loi que si l'auteur (identifié) est majeur, et en cas de délit puni de 1 à 7 ans d'emprisonnement (flagrant délit), ou de 2 à 7 ans (après enquête préliminaire).

- **Condamné**

Personne déclarée coupable d'avoir commis une **infraction** par une décision définitive.

- **Détention provisoire**

Mesure exceptionnellement ordonnée par le juge des libertés et de la détention saisi par le juge d'instruction de placer en prison avant son jugement une personne mise en examen pour crime ou délit puni d'au moins 3 ans d'emprisonnement (loi du 15 juin 2000).

Cette mesure peut également être ordonnée par un tribunal correctionnel, notamment en cas de comparution immédiate.

La détention provisoire doit être strictement motivée selon les conditions prévues par la loi.

- **Détenu**

Personne incarcérée dans un établissement pénitentiaire.

- **Établissement pénitentiaire**

Prison. Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories de condamnations : les **centres de détention**, les **centres pénitentiaires**, les **centres de semi-liberté**, les **maisons d'arrêt**, les **maisons centrales**.

- **Garde à vue**

Pour les nécessités d'une enquête, un officier de **police judiciaire** peut retenir une personne dans les locaux du commissariat ou de la gendarmerie pendant 24 heures maximum, si elle est suspectée d'avoir commis une **infraction**. Le **procureur de la République** doit en être informé. Il peut autoriser la prolongation de la garde à vue pour un nouveau délai de 24 heures maximum.

La garde à vue est strictement réglementée par la loi et son exécution est surveillée soit par les magistrats du Parquet, soit par le juge d'instruction.

La personne gardée à vue dispose de droits comme le droit de se taire, le droit de faire prévenir sa famille ou de s'entretenir avec un avocat au début de la garde à vue (loi du 15 juin 2000). Pour certaines infractions (terrorisme, trafic de stupéfiants), la garde à vue peut durer au total 4 jours.

- **Incarcération**

Emprisonnement.

- **Juge de l'application des peines**

Il intervient après un jugement pénal pendant l'exécution des peines quelles qu'elles soient et même après la sortie de prison, en cas de peines d'emprisonnement.

- **Maison d'arrêt**

Établissement pénitentiaire qui reçoit les **prévenus** et les **condamnés** dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an, ou les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peine (**centre de détention** ou **maison centrale**). Certaines maisons d'arrêt disposent d'un quartier spécifique pour recevoir des mineurs, séparé des adultes.

- **Maison centrale**

Établissement qui reçoit les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est axé essentiellement sur la sécurité.

- **Niveau de surveillance**

Niveau de surveillance I : la consultation médicale peut s'effectuer hors la présence du personnel pénitentiaire avec ou sans moyen de contrainte.

Niveau de surveillance II : la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire mais sans moyen de contrainte.

Niveau de surveillance III : la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyen de contrainte.

- **Prévenu**

Personne (en liberté ou détenue dans un établissement pénitentiaire) poursuivie pour **contravention** ou **délit**, et qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

- **Prison (*établissement pénitentiaire*)**

Voir **centre de détention, centre pénitentiaire, centre de semi-liberté, maison d'arrêt, maison centrale**.

- **Procureur de la République**

Magistrat, chef du **Parquet** (ou ministère public) auprès d'un **tribunal de grande instance** (ou d'un tribunal de première instance ou d'un tribunal supérieur d'appel pour les DOM TOM).

11 - Le signalement des crimes et délits au Procureur de la République

Pour aller à l'essentiel...

L'article 40 du Code de procédure pénale prévoit que le Procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner.

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

Définition

L'administrateur de garde peut être amené pendant la période de garde à **signaler** des crimes ou délits dont il prend connaissance.

Un signalement fait au Procureur de la République est un **rapport écrit** par lequel le directeur du groupe hospitalier ou son représentant signale une **suspicion d'infraction pénale dont il a eu connaissance**.

Cette infraction doit avoir été commise au sein du groupe hospitalier et mettre en cause soit un agent de l'établissement (**personnel permanent ou effectuant des missions de service public hospitalier**) soit **un tiers à l'établissement**. Le signalement est justifié dès lors qu'il existe des éléments probants laissant présumer l'existence d'une infraction, et non de simples doutes.

En général, la victime de l'infraction signalée est un patient de l'établissement (actuel ou ancien) et notamment un patient particulièrement vulnérable (mineur, majeur avec altération des facultés mentales ou vulnérable par son état de santé).

Mais un signalement peut également concerner, comme personne soupçonnée, un membre du personnel du groupe hospitalier indépendamment de la prise en charge de patients.

Le signalement fait en application de l'article 40 du Code de procédure pénale est différent d'une plainte, dans laquelle l'hôpital signale aussi une infraction, mais dont il a été victime (ex : vol, dégradation, faux documents hospitaliers).

Il est aussi différent de l'appui qu'un hôpital accorde (au titre de la protection fonctionnelle, qui implique saisine de la Direction des Affaires Juridiques) à l'égard d'un agent hospitalier victime de violences ou de menaces, qui entend déposer plainte pour l'infraction qu'il a personnellement subie.

v. fiche n° 75 : «La protection fonctionnelle des agents victimes de violences à l'hôpital»

La dénonciation (ou le signalement) prévu par l'article 40 du Code de procédure pénale est **obligatoire**, mais **sa non exécution n'est pas sanctionnée**.

La dénonciation d'infractions supposées suivie d'une mise hors de cause de l'auteur suspecté n'entraîne **pas de risque de poursuite pour dénonciation calomnieuse**.

Modalités du signalement

Forme du signalement

Il doit être effectué sous la forme de **note** au Procureur de la République territorialement compétent (Procureur de la République du lieu des faits délictueux supposés, donc souvent du lieu du site hospitalier) et **signé** par le directeur ou l'administrateur de garde.

Délai du signalement

Il doit être effectué **le plus rapidement possible** (notamment en cas de maltraitance physique ou sexuelle, compte tenu de l'intérêt d'une enquête de police judiciaire avec constat médico-légal, voire de prélèvements ou de saisie de preuves matérielles).

L'envoi du rapport peut être effectué par **télécopie**. Il peut être précédé d'un **appel téléphonique** au parquet.

Le rapport doit être accompagné d'éléments objectifs

- Sur la **victime** (identité complète, date d'hospitalisation, extraction GILDA) avec le cas échéant un certificat du chef de service sur sa **vulnérabilité** (âge, déficit, etc...) et le cas échéant, sur sa capacité à être entendue ou pas (si elle peut ou pas s'exprimer).

Le cas échéant, on peut signaler qu'une victime d'infraction est très choquée (cf : l'intérêt de la faire entendre par un officier de police judiciaire féminin...).

Si la victime s'est exprimée elle-même sur ce qu'elle a vécu au cours d'un entretien, on peut le résumer par un **bref compte-rendu** du personnel hospitalier auprès duquel elle s'est confiée.

Si la victime est **sous protection juridique** (curatelle, tutelle), il faut l'indiquer.

Dans certains cas, la victime (notamment un patient hospitalisé) peut indiquer son refus de déposer plainte : au cas par cas, après contact avec la Direction des affaires juridiques, il peut être du devoir de l'hôpital d'effectuer pourtant ce signalement, notamment au vu de la gravité des faits et des responsabilités de l'hôpital, gardien de la sécurité des patients ou en qualité d'employeur.

- Sur les **conditions** dans lesquelles l'infraction supposée a été portée à la connaissance de la direction (témoignage écrit, rapport du chargé de sécurité, ou de cadre de santé, etc.).
- Sur **l'auteur supposé de l'infraction**, qu'il s'agisse d'un agent du groupe hospitalier (voire un étudiant en médecine ou élève infirmier) ou d'un tiers (un visiteur, un membre d'une entreprise intervenante, une société privée, etc.).

Il s'agit *a minima* d'éléments d'identité, le cas échéant avec adresse personnelle (et la fonction exercée dans l'hôpital si c'est un agent).

Certains sites hospitaliers procèdent à une enquête interne préalable et si un agent du groupe hospitalier est concerné, interrogent ce dernier, lui indiquent les faits signalés et recueillent ses observations.

Si cette pratique peut avoir du sens, pour prendre une mesure conservatoire et/ou disciplinaire, il faut retenir que si l'urgence et la gravité des faits signalés le requièrent, le signalement à l'autorité judiciaire peut être effectué sans ces démarches préalables auprès de l'agent qui seront alors **différées**.

De même, l'enquête rapide interne aura pour objectif de «figer» très rapidement les éléments à recueillir mais il faut veiller à ne pas interférer avec l'enquête de police judiciaire qui sera diligentée, afin de ne pas nuire à son efficacité.

- Il n'est pas obligatoire de signaler de façon «juridique» l'infraction, en tentant de qualifier ou en visant les références du code pénal. En effet, il appartient au Procureur de la République et aux services de police judiciaire de «qualifier pénalement» les faits dénoncés.

En revanche, il est important de **décrire a minima avec précision des faits matériels**.

Par exemple, en cas d'abus sexuels signalés (agression sexuelle avec violence, contrainte ou surprise ou viol), le terme de «maltraitance sexuelle» est insuffisant si on ne décrit pas parallèlement des gestes et les parties du corps du patient agressées sexuellement. Il ne s'agit pas d'extrapoler sur les actes décrits, mais d'être descriptif et objectif, sans termes allusifs.

- Il est utile à la fin du signalement d'indiquer la liste des personnes susceptibles d'être entendues comme **témoins**.

Si cette liste n'est pas exhaustive initialement, elle pourra être complétée dans le cadre d'une enquête de police judiciaire, lorsque les services de police ou de gendarmerie adresseront à l'hôpital une réquisition écrite ou se déplaceront en cas d'urgence.

Points d'attention particuliers

- Il convient **d'aviser dans tous les cas et dès que possible la Direction des Affaires Juridiques** de l'AP-HP, qui pourra apporter tout conseil pour la rédaction de cette note et qui, dans tous les cas, sera chargée du suivi du dossier auprès de l'autorité judiciaire.

En effet, il est indispensable de connaître les **suites judiciaires** réservées : enquête, poursuites le cas échéant, et en particulier, convocation devant le tribunal correctionnel ou ouverture d'une information judiciaire chez un juge d'instruction. Ceci constitue un élément fondamental en cas de procédure disciplinaire parallèle, et notamment de suspension provisoire de l'agent.

Dans le cas de poursuites directes ou d'information judiciaire, la Direction des Affaires Juridiques aura qualité pour s'adresser à l'autorité judiciaire afin de connaître la nature de l'infraction poursuivie et le cas échéant l'existence d'un contrôle judiciaire (assorti éventuellement d'interdictions : de paraître à l'hôpital, d'exercer l'activité professionnelle qui a permis l'infraction, de rencontrer la victime ou les témoins, etc...).

En effet, il sera indispensable d'avoir connaissance d'un contrôle judiciaire ou d'une condamnation (notamment si sursis avec mise à l'épreuve avec obligations particulières), car l'hôpital peut être dans l'**obligation** de les faire respecter.

- Il convient d'être attentif à **l'urgence de certains signalements** (ex : agressions physiques ou sexuelles graves), surtout si les faits, d'après les témoignages, viennent de se produire et si les critères du « flagrant délit » sont réunis (faits du jour même ou de la veille).

Dans ce cas, le rapport écrit au Procureur de la République, adressé par télécopie peut être doublé d'un **appel immédiat** aux services de police judiciaire, pour une intervention en flagrant délit. Ce sont en effet ces services qui pourront prendre des mesures pour la préservation de preuves.

• Cas particuliers des mineurs victimes (mineurs en danger)

Ces signalements sont effectués obligatoirement auprès du **parquet des mineurs** compétent (lieu des faits).

Leur fondement légal peut être l'article 40 du Code de procédure pénale, mais il est recommandé de signaler toute suspicion d'infraction sur mineurs par le biais du **signalement de mineurs en danger (article 375 du Code civil)**.

En général, ces signalements sont effectués par le **médecin**, après concertation entre l'équipe médicale et le service social (cf. dérogation au secret professionnel ; article 226-14 du Code pénal).

. *fiche n° 40 : «Le secret médical et professionnel»v*

Toutefois, il peut exister des cas où la Direction du groupe hospitalier effectuera elle-même ce signalement après une enquête interne.

Exemple

Tel a été le cas pour un patient mineur (en bas âge) pour lequel il a été découvert une blessure grave (fracture) dont l'origine restait inexpliquée et qui n'était pas inhérente à la nature des soins prodigués initialement. En l'espèce, l'autorité judiciaire a fait le reproche à l'hôpital de ne pas avoir signalé ces blessures «anormales» sur un enfant hospitalisé, auprès du parquet des mineurs, avant que la mère ne se manifeste par sa plainte. Le parquet des mineurs a considéré que l'hôpital ne pouvait occulter une telle anomalie et devait laisser la place à une enquête de police judiciaire pour rechercher le déroulement exact des faits à l'origine de ce dommage.

Exemples d'infractions pénales

Atteintes aux personnes

- Violences volontaires (sur personne particulièrement vulnérable et avec ITT $\leq$ à 8 jours ou $>$ à 8 jours) ;
- Administration de substances nuisibles (sur personnes vulnérables et avec ITT $\leq$ à 8 jours ou $>$ à 8 jours) ;
- Empoisonnement ;
- Agression sexuelle (sur personne vulnérable) ;
- Viol (sur personne vulnérable).

Atteintes aux biens

- Abus de confiance (sur personne vulnérable) ;
- Escroquerie (sur personne vulnérable) ;
- Abus de faiblesse ;
- Détournement de fonds publics ;
- Prise illégale d'intérêts ou corruption.

NB : La circonstance aggravante de la vulnérabilité de la victime (état physique et psychique, vulnérabilité devant être connue de l'auteur) existe pour de très nombreuses infractions.

Références

Article 40 du Code de procédure pénale

Article 226-14 du Code pénal

Article 375 du Code civil

12- L'admission d'un patient porteur de drogue ou d'une arme

Pour aller à l'essentiel...

- Un patient ne doit pas introduire de drogue ou d'arme dans l'hôpital et *a fortiori*, conserver d'arme sur lui lors de la consultation ou lors de son hospitalisation.
- Toute arme doit être confisquée et remise avec précautions (protection des traces et empreintes) au chef de la sécurité. Plus précisément :
 - les armes blanches doivent être confisquées et faire l'objet d'un dépôt auprès du chef de la sécurité,
 - les armes à feu doivent être confisquées, enregistrées et munies d'un numéro et d'une description sur le cahier d'inventaire des admissions, puis éventuellement déposées au commissariat, sans donner l'identité du patient (éventuellement, prévenir le commissariat que l'on va transporter une arme à feu).
- Se munir de gants et manipuler le moins possible l'arme. La surveiller en attendant sa prise en charge par une personne habilitée.
- Ne pas jeter la drogue recueillie sur un patient.
- Noter les démarches effectuées dans le rapport de garde.

Le règlement intérieur type de l'AP-HP prévoit que « *sauf besoins de service ou autorisations spéciales (...), il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé* » (article 34)

Le patient porteur de drogue

Applications

Le **secret** professionnel couvrant toutes les informations venues à la connaissance d'un professionnel de santé (et nonobstant les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale, v. [fiche n° 9 : « L'admission d'un blessé par arme »](#)), il n'est **pas possible** de dénoncer la personne auprès des services de police.

L'administrateur de garde doit :

- être **informé** de la situation dans les meilleurs délais,
- faire procéder à la **confiscation** des produits en vertu de ses pouvoirs de police interne, et les conserver au coffre de l'hôpital,
- informer par écrit le commissariat de police ou le Procureur sur les circonstances de la découverte et leur remettre la drogue sans révéler l'identité du patient (au cas où il est décidé de transporter les produits au commissariat, il est recommandé d'en prévenir le commissariat au préalable).

Une instruction du 13 avril 2011 précise les règles qui s'appliquent en matière de secret professionnel, ainsi que la conduite à tenir vis à vis des produits stupéfiants illégaux détenus par des patients accueillis dans les établissements de santé : le **secret professionnel prévaut** et il **n'y a pas lieu de signaler** un patient détenteur de drogue aux autorités compétentes.

Les produits stupéfiants illégaux doivent être **remis** aux autorités compétentes **sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée**.

Le patient détenteur d'arme

Les règles sont identiques à celle de la détention de drogue, sous réserve des dispositions de l'article 226-14 du Code pénal.

Attention !

Ne viole pas le secret médical le professionnel de santé qui informe, dans le respect de sa conscience professionnelle, le Préfet et à Paris, le Préfet de police, du caractère dangereux pour lui même ou pour autrui des personnes qui le consultent et dont il sait qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une (article 226-14 du Code pénal).

Vous devez :

- être **informé** de la situation dans les plus brefs délais,
- faire procéder à la **confiscation** de l'arme et la **consigner** au coffre de l'hôpital,
- informer par écrit le commissariat de police ou le procureur sur les circonstances de la découverte et lui remettre l'arme **sans révéler l'identité du patient** (au cas où il est décidé de transporter l'arme au commissariat, il est recommandé d'en prévenir le commissariat au préalable),
- restituer l'arme au moment de la sortie lorsque le patient est dûment autorisé à détenir une arme (titulaire d'un permis de port d'arme).

Précision

Une circulaire du 31 mai 1928 fixe les principes généraux applicables en cas de découverte d'une arme sur un patient.

Elle indique que les armes et objets dangereux ne doivent pas être laissés en leur possession : en ce qui concerne les armes de toute sorte, revolvers chargés ou non, armes blanches (c'est à dire arme munie d'une lame, perforante et ou tranchante qui n'emploie pas la force d'une explosion, mais celle d'un homme ou d'un mécanisme quelconque), elles doivent être immédiatement confisquées pour être remises à la police, munies d'un numéro d'ordre et d'une brève description, qui seront mentionnés à l'inventaire tenu par le service des admissions.

L'intéressé pourra le cas échéant, réclamer l'arme au commissariat.

Références

- Article 226-14 du code pénal,
- Décret n° 95-589 du 6 mai 1995 relatif à l'application du décret du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions,
- Article 34 du règlement intérieur type de l'AP-HP,
- Instruction n° DGOS/DSR/mission des usagers/2011/139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé.

13 – L’admission d’un toxicomane

Pour aller à l’essentiel...

En cas d’interruption d’un traitement imposé, **informer immédiatement** l’autorité sanitaire (l’ARS).

L’admission peut être volontaire ou résulter d’une injonction thérapeutique

- **Le traitement volontaire**

Dans cette hypothèse, le patient toxicomane se présente **spontanément** dans un hôpital afin d’y être traité.

A sa demande, le patient peut bénéficier de l’**anonymat** au moment de l’admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes ne relevant pas de l’usage illicite de stupéfiants.

- **Le traitement sur injonction thérapeutique de l’autorité sanitaire**

Dans cette hypothèse, le patient toxicomane a été **signalé** à l’autorité sanitaire (l’ARS) soit sur certificat d’un médecin, soit sur le rapport d’une assistante sociale.

L’autorité sanitaire a **enjoint** au patient de se présenter dans un établissement agréé (de son choix ou désigné d’office), car une cure de désintoxication s’avère nécessaire (après enquête sur la vie privée, familiale, sociale et professionnelle de la personne).

Le patient doit apporter la preuve du suivi de son traitement à l’autorité sanitaire, par des certificats médicaux notamment.

- **Le traitement sur injonction thérapeutique du procureur de la République**

Dans cette hypothèse, la personne a fait un **usage illicite** de stupéfiants et le procureur l’a **enjointe** de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale.

L’autorité sanitaire est alors informée de cette injonction de soin et contrôle le déroulement de la cure par le biais de certificats médicaux que doit lui faire parvenir le toxicomane.

L’autorité sanitaire doit **informer régulièrement** le Parquet.

En cas d’interruption du traitement, le directeur (ou l’administrateur de garde) ou le médecin responsable du traitement doivent **informer immédiatement** l’autorité sanitaire qui prévient le Parquet.

Références

- Articles L. 3412-1 à L. 3412-3 du Code de la santé publique,
- Article L. 3411-2 du Code de la santé publique,
- Articles L. 3413-1 à L. 3413-3 et L. 3423-1 du Code de la santé publique,
- Article L. 3414-1 du Code de la santé publique,
- Articles R. 1112-38 et R. 1112-39 du Code de la santé publique,
- Article 109 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

14 – L’admission confidentielle et sous le régime de l’anonymat

Pour aller à l’essentiel...

Si tout patient doit en principe décliner son **identité** au moment de son admission, il peut demander que son hospitalisation soit maintenue secrète, même si ce caractère confidentiel ne concerne que les tiers, et non les services hospitaliers.

En dehors de cette hypothèse, la personne hospitalisée peut demander un véritable anonymat dans deux situations :

- l’accouchement «sous X»,
- le patient toxicomane volontaire pour se soigner.

L’admission confidentielle

Règle générale

Le patient peut demander que sa présence au sein d’un service hospitalier ne soit pas divulguée à des tiers. Dans ce cas, son identité est connue uniquement :

- des services hospitaliers,
- des organismes d’assurance maladie.

Le règlement intérieur type de l’AP-HP énonce que « *les patients peuvent demander qu’aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d’une autre manière sur leur présence au sein du groupe hospitalier ou sur leur état de santé.[...] Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l’hospitalisation, un dossier d’admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l’admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, unité de soins, hôtesse d’accueil...) en sont avisés* » (article 121 du règlement intérieur type de l’AP-HP).

Cette demande du patient doit entraîner une application particulièrement attentive du secret professionnel au sein des services hospitaliers.

Exception

Ces dispositions ne s’appliquent pas aux patients **mineurs** vis-à-vis des titulaires de l’autorité parentale, hors des cas où ceux-ci souhaitent garder le secret sur son état de santé et recevoir des soins sans que les titulaires de l’autorité parentale n’en soient informés (article L. 1111-5 du Code de la santé publique).

L'admission sous le régime de l'anonymat

Définition

L'anonymat n'est possible que dans **deux cas** expressément prévus par les textes :

- l'accouchement sous X (v. [fiche n° 17](#))
- l'admission d'un toxicomane (v. [fiche n° 13](#))

Attention !

Dans les deux cas, la demande d'anonymat n'interdit en rien aux intéressés de solliciter des médecins qui les ont pris en charge un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet de leur séjour ou de leur traitement.

Références

L'admission confidentielle

- Article R. 1112-45 du Code de la santé publique,
- Article 121 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

L'anonymat

- Article L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles,
- Articles R. 1112-28 et R. 1112-38 du Code de la santé publique.

15 - L'admission d'un patient sans identité

Pour aller à l'essentiel...

- Si tout patient doit en principe décliner son **identité** au moment de son admission, il est des situations où l'identité du patient est inconnue, soit parce qu'il est dans l'incapacité de fournir son identité, soit parce qu'il est décédé sans avoir pu être identifié.
- La procédure de signalement ne concerne pas les personnes qui souhaitent garder leur anonymat : l'admission anonyme des toxicomanes venant spontanément suivre un traitement (v. [fiche n° 13 : «L'admission d'un toxicomane»](#)) ou l'accouchement dans le secret (v. [fiche n° 17 : «L'accouchement sous X»](#)).

Une **circulaire ministérielle du 13 mai 2005** est venue préciser les conditions de mise en œuvre d'un signalement systématique.

Un patient vivant sans identité

L'hôpital est tenu de signaler au service de police ou à l'unité de gendarmerie territorialement compétent toute personne non identifiée.

Cette procédure de signalement est applicable aux personnes se trouvant dans l'impossibilité de fournir leur identité, et dont la disparition présente *«un caractère inquiétant ou suspect»*.

Ce caractère inquiétant ou suspect est apprécié au regard des circonstances, de l'âge ou de l'état de la personne non identifiée.

• Les délais de signalement

Dès la reconnaissance du caractère inquiétant ou suspect de la disparition, l'hôpital a l'obligation de procéder au signalement et ce, dans les meilleurs délais, que la personne ait été accueillie au service des urgences ou pour une consultation externe.

• Les modalités du signalement

Le chef de service concerné ou la personne désignée par lui à cet effet doit compléter **une fiche de signalement** de la manière la plus précise et lisible possible. La présence d'un représentant de l'ordre n'est pas requise.

L'hôpital doit, par la suite, envoyer la fiche dûment renseignée au service de police ou à l'unité de gendarmerie territorialement compétente. Un double de ce document doit également être adressé à l'Office central chargé des disparitions inquiétantes de personnes (dont l'adresse est la suivante : 101-103 rue des Trois-Fontanots, 92000 Nanterre).

En outre, il est également **obligatoire d'informer la personne non identifiée du signalement dont elle fait l'objet, à condition qu'elle soit en mesure de le comprendre**. Dans le cas contraire, et si cette personne ne recouvre ses facultés de compréhension qu'après l'envoi de la fiche de signalement, elle devra alors en être informée sans délai.

• Les formalités à accomplir en cas d'identification après signalement

Dans l'hypothèse où la personne est identifiée après que le signalement a été effectué, l'hôpital doit informer, de manière systématique, les services de police de cette identification.

Il faut toutefois prendre en compte les circonstances suivantes :

Lorsque la personne identifiée est capable d'exprimer sa volonté :

- si la personne identifiée est majeure, il convient de lui demander si elle consent ou non à faire connaître son identité aux services de police,
- si la personne est mineure ou majeure sous tutelle, ce consentement doit être demandé et recueilli auprès des titulaires de l'autorité parentale (pour le mineur) ou du tuteur (pour le majeur sous tutelle).

L'hôpital doit également informer ces personnes que ces services de police peuvent requérir, auprès des organismes publics ou des établissements privés détenant des fichiers nominatifs, la communication d'informations permettant de localiser une personne faisant l'objet de recherches, et ce sans que puisse leur être opposée l'obligation au secret.

De plus, la personne identifiée doit être informée qu'elle a la possibilité de demander aux services de police la protection des informations la concernant vis-à-vis des personnes qui la recherchent.

Lorsque la personne, identifiée par une tierce personne, est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté :

- si la personne est majeure, l'hôpital doit prévenir la police de l'identification de la personne sans toutefois fournir l'identité de celle-ci (sauf demande expresse de la police). En outre, la tierce personne qui a identifié cette personne n'a pas à être informée.
- si la personne identifiée est mineure ou majeure sous tutelle, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur doivent être informés du signalement. Il faut également recueillir leur consentement afin de savoir s'ils acceptent ou non de faire connaître l'identité de la personne aux services de police.

Ils doivent enfin être informés de la possibilité pour les services de police d'obtenir communication de tout renseignement permettant de localiser la personne faisant l'objet de recherches. En outre, aucune tierce personne n'a lieu d'être informée de ce signalement hormis les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur.

Un patient décédé non identifié

Dans l'hypothèse où un patient est décédé sans avoir pu être identifié, il est d'abord indispensable de procéder à la déclaration de décès dans les délais ordinaires.

v. fiche n° 51 : «Les formalités de décès»

Un certificat de décès doit alors être rempli avec la mention « patient non identifié ». Ce certificat doit être accompagné d'un **rapport détaillé** donnant des indications décrivant la personne (âge approximatif, taille, couleur des cheveux, description du corps et des vêtements, etc.), ainsi que les circonstances ou les particularités qui ont entouré le décès et qui sont susceptibles de faciliter ultérieurement l'identification.

L'hôpital a également l'obligation de prévenir l'autorité judiciaire (l'officier de police judiciaire, l'unité de gendarmerie territorialement compétente ou le Parquet) qui procédera aux recherches et au signalement nécessaires.

L'officier d'état civil de la mairie rédigera l'acte de décès. Aucun prélèvement d'organes, de quelque nature que ce soit, ne pourra être pratiqué sur la personne non identifiée. Il en est de même pour tout autre prélèvement (de tissu, de sang, etc.), même si la conservation d'un échantillon d'ADN pourrait être utile *a posteriori* pour l'identification du patient : une telle décision ne pourrait résulter que d'une décision de Justice.

Les objets ou les vêtements portés par le patient doivent également être soigneusement conservés et laissés à la disposition de la justice.

Enfin, et conformément à la circulaire du 13 mai 2005, le chef de service concerné, ou la personne désignée par lui à cet effet, devra compléter une fiche type de renseignements de façon très précise et lisible. La présence d'un représentant des forces de l'ordre n'est pas requise.

L'hôpital adressera cette fiche dûment renseignée au service de police ou à l'unité de gendarmerie territorialement compétente. Un double de ce document doit également être adressé à l'Office central chargé des disparitions inquiétantes de personnes.

Si la personne est identifiée ultérieurement, l'hôpital doit informer systématiquement les services de police de cette identification.

Références

- Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2005-226 du 13 mai 2005 relative aux modalités de signalement aux services de police ou de gendarmerie des personnes hospitalisées non identifiées ou décédées en milieu hospitalier dans l'anonymat

16 – L’admission d’un patient non voyant

Pour aller à l’essentiel...

- Les chiens d’aveugles peuvent pénétrer dans les lieux ouverts au public.
- Le chien doit être confié à une tierce personne pendant la consultation.
- En cas d’hospitalisation du patient, une association spécialisée peut être sollicitée afin de garder le chien.

Principe

L’accès des animaux de compagnie est **interdit** dans l’enceinte de l’hôpital, **excepté pour les chiens d’aveugles**.

Applications

La personne non-voyante vient en consultation externe

Le chien peut pénétrer dans les **lieux ouverts au public** (hall d’accueil, etc. ...), mais il ne doit **pas être en contact direct avec les malades, ni être introduit dans les boxes de consultation**.

Durant le temps des soins, il doit être confié à une tierce personne.

La personne non-voyante doit être hospitalisée

Le chien doit être remis à un proche du patient. A défaut du parent ou de proche, le chien peut être confié à la garde d’un chenil avec l’accord du patient, qui doit en assurer la charge financière.

Accueil d’un chien guide durant l’hospitalisation de son maître

Par exemple :

L’école des chiens guides :
105, avenue St Maurice
Bois de Vincennes – 75012 PARIS
Tél : 01 43 65 64 67
Fax : 01 43 74 61 18

Si le chien a été formé par l’école, il sera pris en charge d’office.

Dans le cas contraire, il faudra contacter le directeur du centre qui décidera au cas par cas.

Liste des gardes d'animaux : (préciser le cas échéant les services de garde à disposition des personnes en difficulté)

Références

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 portant diverses mesures d'ordre social,
- Article R. 1112-48 du Code de la santé publique,
- Circulaire du 16 juillet 1984 (BO Santé 84/33) relative à l'accès des chiens d'aveugles dans les établissements publics de santé,
- Article 169 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

17 - L'accouchement «sous X»

Pour aller à l'essentiel...

- **informer les services du Conseil général** de l'admission de toute femme qui souhaite accoucher «sous X»
- **informer la patiente des conséquences juridiques d'un accouchement sous couvert de l'anonymat**
- **conserver dans les meilleures conditions possibles le dossier médical**

Principes

L'admission «sous X» doit en principe être effectuée dans un centre maternel du département ou dans un centre avec lequel le département a passé une convention. La femme enceinte doit être orientée vers ce type de structure lorsqu'elle existe.

Lorsqu'il n'y a pas de lits disponibles dans une structure de ce type, ou s'il y a urgence, l'admission **doit être prononcée**.

Anonymat de l'admission

«Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé». (article 326 du Code civil)

Pour une patiente **mineure**, le séjour est pris en charge par le département (service de **l'aide sociale à l'enfance** du département d'implantation de l'hôpital).

L'article R. 1112-28 du Code de la santé publique ajoute que *«si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L. 226-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. (...) Le directeur informe de cette admission le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales»*.

La loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat a transféré cette compétence au **Conseil général**.

- Le directeur (ou l'administrateur de garde) **doit informer les services du Conseil général compétent en la matière** de l'admission de toute femme qui souhaite accoucher «sous X».

L'anonymat demandé par la femme est **absolu** : son identité n'est pas connue du service hospitalier. Il peut également être **rétroactif** : il doit être tenu compte de la décision de la femme prise tardivement, alors que les consultations prénatales ont été effectuées de façon nominative. Il revient dans ce cas à l'hôpital de rétablir l'anonymat, y compris en détruisant les identifications portées sur les documents administratifs et médicaux.

Accès aux origines et obligation d'information de la femme enceinte

Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé doit être informée :

- des **conséquences juridiques** de cette demande,
- de l'importance pour toute personne de connaître ses origines.

Elle doit donc être invitée à laisser, si elle l'accepte :

- des renseignements sur sa **santé** et celle du **père**,
- les **origines** de l'enfant et les **circonstances** de la naissance,
- ainsi que, sous pli fermé, son **identité**.

Ces formalités doivent en principe être accomplies par des personnes désignées par le président du Conseil général et chargées d'assurer les relations avec le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP). A défaut, en l'absence des représentants du conseil général, ces formalités doivent être accomplies par l'hôpital et l'administrateur de garde doit y veiller.

Obligations de l'hôpital

L'hôpital est **tenu** :

- d'**informer** la patiente des conséquences juridiques d'un accouchement sous couvert de l'anonymat.
- de **prévenir** les personnes désignées par le président du Conseil général afin d'organiser l'accompagnement psychologique et social de la femme et de recueillir toute information qu'elle souhaiterait transmettre à son enfant.

Si ces personnes ne peuvent intervenir, le recueil de ces informations et la communication des droits reconnus relèvent de la **compétence du directeur** de l'hôpital.

- de **former et d'informer leur personnel** soignant (infirmières, médecins, aides-soignants),
- de **conserver** dans les meilleures conditions possibles le dossier médical concerné puisqu'une **femme ayant accouché dans l'anonymat** peut, à tout moment, fournir des informations complémentaires la concernant et qui pourront être transmises à son enfant :

« La femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé (...) **est également informée qu'elle peut à tout moment** donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donné au moment de la naissance » (prénoms donnés à l'enfant, et le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, sexe de l'enfant, date, lieu et heure de naissance doivent être indiqués à l'extérieur de ce pli). (article L.222-6 du Code de l'action social et des familles)

- de **transmettre** un certain nombre d'informations laissées par la femme ayant accouché dans l'anonymat au CNAOP.

«Les établissements de santé communiquent au conseil national, sur sa demande, copie des éléments relatifs à l'identité des personnes mentionnées aux alinéas qui précèdent ainsi que tout renseignement ne portant pas atteinte au secret de cette identité, et concernant la santé des père et mère de naissance, les origines de l'enfant et les raisons et circonstances de sa remise au service de l'aide sociale à l'enfance ou à un organisme autorisé et habilité pour l'adoption».

Le secret médical continue de s'imposer. L'hôpital est tenu de porter une attention particulière aux informations transmises.

Le devenir de l'enfant né «sous X»

Plusieurs possibilités sont ouvertes. L'enfant sera, selon le cas :

- remis au service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE) quand il quittera l'hôpital,
- remis au père lorsque celui-ci aura fait établir sa paternité,
- remis à la mère lorsque celle-ci aura décidé de revenir sur son choix et de garder son enfant (sauf impossibilité : adoption, décision judiciaire contraire).

Dans la perspective d'un éventuel décès de la mère :

Il peut être proposé (et non imposé) à la femme de remettre une **enveloppe cachetée** au directeur (ou à l'administrateur de garde) contenant son identité et qui ne sera ouverte qu'en cas de décès. Cette enveloppe lui sera remise en l'état lors de la sortie.

En cas de refus et si la femme venait à décéder, le décès devra être déclaré selon les procédures applicables aux personnes non identifiées ([v. fiche n° 15](#)).

[v. fiche n°14](#) : «L'admission confidentielle et sous le régime de l'anonymat»

Coordonnées utiles

- Service départemental de l'Aide sociale à l'Enfance (ASE)
- CNAOP

14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 72 17

Fax : 01 40 56 59 08

- Conseil général
- Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
Sous Direction des Actions Familiales et Educatives
Bureau des Adoptions
94-96, quai de la Râpée, 75570 PARIS CEDEX 12 - Tél. : 01 43 47 75 38

Références

- Articles 55 et 326 du Code civil,
- Articles L. 147-1 à L. 147-11 et L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles,
- Articles R. 147-21 et suivants du Code de l'action sociale et des familles,
- Article R. 1112-28 du Code de la santé publique,
- Décret n° 2002-781 du 3 mai 2002.

18 – L’admission d’un nouveau-né avec sa mère en maternité

Pour aller à l’essentiel...

- La mère et l’enfant bénéficient d’un droit à l’admission spécifique dans les jours précédant et suivant l’accouchement.

Le directeur de l’hôpital (ou l’administrateur de garde) ne peut, s’il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l’admission d’une patiente dans le mois qui précède la date présumée de son accouchement ou dans le mois qui suit son accouchement, ni celle de son enfant nouveau-né.

L’admission de la patiente et le cas échéant de son enfant s’impose à l’hôpital, même à défaut de prescription médicale, ceci résultant du dispositif réglementaire de protection maternelle et infantile.

Toutefois, à défaut de prescription médicale, les frais de séjour sont en principe à la charge directe de l’intéressée à partir du 12^{ème} jour suivant l’accouchement. Ces conséquences financières doivent être **clairement précisées** à la mère.

Références

- Article R.1112-27 du Code de la santé publique

[19 – La demande d’IVG]

Pour aller à l’essentiel...

- Une femme enceinte que son état place dans une situation de **détresse** peut demander à un médecin l’interruption de sa grossesse avant la fin de la **douzième semaine** de grossesse.
- Toute IVG doit faire l’objet d’une **déclaration** établie par le médecin et adressée par l’hôpital au médecin inspecteur régional de santé publique. Cette déclaration ne doit pas mentionner l’identité de la femme.
- Les conditions spécifiques d’accès des **femmes étrangères** à l’IVG qui existaient antérieurement ont été **supprimées** : la réalisation d’une IVG sur une femme étrangère n’est soumise à aucune condition de durée et de régularité du séjour en France.
- La loi permet dans des conditions précises l’IVG d’une mineure sans l’information de ses parents.

En cas d’intrusion dans les locaux hospitaliers de personnes opposantes à l’IVG :

- prévenir le chef de la sécurité,
- appeler immédiatement les forces de police (ou de gendarmerie) pour faire évacuer les locaux,
- tenter de recueillir des éléments de preuve (tracts, témoignages...) démontrant que l’accès à l’hôpital a été perturbé, que des pressions et menaces ont été exercées sur le personnel et les patientes, etc.,
- en fonction de la gravité de la situation, déposer une plainte.

Conditions générales

Le délai légal (art. L. 2212-1, C. santé publ.)

Une femme enceinte que son état place dans une situation de **détresse** peut demander à un médecin l’interruption de sa grossesse avant la fin de la **douzième semaine** de grossesse.

Les modalités de l’intervention (art. L. 2212-2, C. santé publ.)

L’interruption volontaire d’une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

Lors de la première visite (art. L. 2212-3, C. santé publ.) :

Le médecin **doit** informer la femme :

- des méthodes médicales et chirurgicales d’interruption de grossesse,
- des risques,
- des effets secondaires potentiels.

Le dossier guide

Le médecin doit remettre à la femme un dossier guide mis à jour au moins une fois par an comprenant :

- le rappel des dispositions du Code de la santé publique,
- la liste et l'adresse des organismes compétents (conseil conjugal, centre de planification ou d'éducation familiale, service social ou autre organisme agréé),
- la liste des établissements pratiquant des IVG.

La consultation préalable à l'IVG (art. L. 2212-4, C. santé publ.)

Il s'agit d'une consultation avec une personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un organisme agréé.

Cette consultation doit être systématiquement proposée et consiste en un entretien particulier (assistance et conseils appropriés).

Le délai de réflexion (art. L. 2212-5, C. santé publ.)

La femme doit confirmer sa demande après un délai de réflexion **d'une semaine** après la première demande, sauf si le délai de 12 semaines risque d'être dépassé.

La consultation post IVG (art. L. 2212-7, C. santé publ.)

Elle doit être systématiquement proposée à la femme majeure.

La clause de conscience (article L. 2212-8, C. santé publ.)

Un médecin n'est **jamais tenu** de pratiquer une IVG, mais il **doit informer**, sans délai, la femme de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser l'intervention.

Le cas de la femme mineure non émancipée (art. L. 2212-7, C. santé publ.)

- la consultations avant l'IVG est obligatoire et la consultation après l'IVG est obligatoirement proposée,
- le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal est en principe requis (et joint à la demande de la jeune femme),

- si la mineure veut garder le secret, le médecin **doit s'efforcer** d'obtenir son consentement à ce que ces personnes soient consultées,
- si elle refuse ou si le consentement n'a pu être obtenu, l'IVG est néanmoins effectuée et la mineure se fait alors accompagner de la personne majeure de son choix. Dans ce cas, il convient d'être attentif aux conditions dans lesquelles la mineure a choisi la personne majeure qui va l'accompagner (contraintes, pressions...), et de bien indiquer à cet accompagnant qu'il n'a aucun pouvoir de décision et ne dispose d'aucun des attributs de l'autorité parentale,
- la prise en charge des IVG est anonyme et gratuite,
- une anesthésie, qu'elle soit générale ou locale, se définit comme **un acte de soins directement lié à l'IVG**. L'acte médical principal (IVG) étant décidé de façon autonome par la mineure, l'acte médical nécessaire à la réalisation de l'IVG est également consenti par la mineure seule,

Evoquant le cas d'une complication grave, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans son rapport d'activité du «*Groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception*», a jugé que dans ce cas, «*les médecins sont nécessairement amenés à prévenir la famille et qu'il leur revient d'apprécier l'attitude à avoir dans les cas particulièrement graves où un tel événement se produit*» (page 13 du rapport).

Le cas de la majeure protégée

- **Si la personne majeure est sous sauvegarde de justice ou de curatelle** : il n'existe aucune disposition spécifique qui réglerait l'IVG de la femme majeure protégée. Cette personne consent donc seule à une IVG (application du droit commun).
- **Si la personne est sous tutelle** : aucune disposition spécifique n'est prévue. Le droit commun s'applique : le médecin doit s'assurer que la femme concernée est déterminée à faire pratiquer une IVG. Si son tuteur devait s'opposer à cette décision, il appartiendrait au médecin consulté de saisir le juge des tutelles.

L'entrave à l'IVG (art. L. 2223-2, C. santé publ.)

Le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une IVG est puni d'une peine d'amende et/ou d'emprisonnement.

Il consiste :

- soit à perturber l'accès aux établissements, la libre circulation des personnes à l'intérieur des établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux,
- soit à exercer des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'égard des personnels médicaux et non médicaux, de la femme ou de son entourage.

Références

- Articles L. 2211-1 à L. 2223-2 du Code de la santé publique,
- Articles R. 2212-1 à R. 2222-3 du Code de la santé publique,
- Articles D. 132-1 à D. 132-5 du Code de la sécurité sociale,
- Circulaire n° 2001-467 du 28 septembre 2001,
- Circulaire n° 2001-338 du 13 juillet 2001,
- Article 97 du règlement intérieur type de l'AP-HP,
- Guide AP-HP *L'enfant, l'adolescent à l'hôpital* (2002),
- Guide AP-HP «*Personnes vulnérables et domaine médical – Quels sont leurs droits ?*», 2007.

20 – L’admission pour troubles mentaux

Pour aller à l’essentiel...

- Dans le cadre des soins psychiatriques «libres», le patient conserve les mêmes droits que dans le cadre d’une hospitalisation ordinaire,
- Bien distinguer l’admission en soins psychiatriques à la demande d’un tiers (SDT et PI) et celle prise sur décision du représentant de l’Etat (SDRE)
- Mentionner fidèlement les différents moments de l’admission ou du transfert dans le rapport de garde.

L’admission en soins psychiatriques d’une personne atteinte de troubles mentaux est en principe **libre**. Toutefois, dans un souci de protection de la personne et le cas échéant de son entourage et de l’ordre public, la loi prévoit plusieurs modalités d’admission en soins psychiatrique **sous contrainte**, s’il devient nécessaire de soigner cette personne alors que son état de santé rend impossible son consentement :

- l’admission en soins psychiatriques à la demande d’un tiers (SDT – ex-HDT),
- l’admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (PI),
- l’admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat (SDRE – ex-HO),
- l’admission en soins psychiatriques du détenu atteint de troubles mentaux,
- l’admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat prononcée à l’égard d’une personne déclarée pénalement irresponsable

Depuis la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, la notion d’hospitalisation est remplacée par celle d’un régime de «**soins sans consentement**», élargissant ainsi le champ d’intervention possible des formes de prises en charge en incluant des soins ambulatoires (ateliers thérapeutiques, hospitalisation à temps partiel, consultations etc.)

Dorénavant, ce sont des soins psychiatriques qui peuvent être imposés à une personne, soit sous la forme d’une hospitalisation complète, soit sous une autre forme incluant des soins ambulatoires définis dans un programme de soins.

L’admission en soins psychiatrique sous contrainte ne peut être effectuée que dans des établissements spécifiquement habilités par les autorités sanitaires et dont la liste est fixée par arrêté de l’Agence régionale de santé (ARS) (article L. 3222-1, C. santé publ.).

Quelques établissements de santé habilités en Ile-de-France à soigner sans leur consentement des personnes atteintes de troubles mentaux

- **Site hospitalier Albert-Chenevier à Créteil (AP-HP)**
- **Site hospitalier Louis-Mourier à Colombes (AP-HP)**
- **Site hospitalier Corentin-Celton à Issy-les-Moulineaux (AP-HP)**
- **Site hospitalier Paul Brousse à Villejuif (AP-HP)**
- Hôpital Esquirol à Saint-Maurice
- Hôpital de Perray - Vaucluse à Sainte-Geneviève-des-bois
- Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris (14ème)
- Hôpital Maison-Blanche à Paris / Neuilly-sur-Marne
- Hôpital « L'Eau vive » à Soisy-sur-Seine
- Centre Théophile-Roussel à Montesson
- Etablissement public de santé de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne
- Centre hospitalier spécialisé « René Prévost » à Moisselles
- Hôpital Simone-Veil à Eaubonne
- Centre hospitalier de Versailles à Versailles
- Centre hospitalier d'Orsay à Orsay
- Centre hospitalier Sud Francilien à Corbeil-Essonnes
- Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain à Poissy
- Clinique MGEN à RUEIL-MALMAISON

Références

- Articles L. 3211-1 à L. 3223-3 du Code de la santé publique,
- Arrêté n ° 11-589 du 16 août 2011 du directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France relatif aux autorisations dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement,
- Guide AP-HP, «L'AP-HP aujourd'hui, Organisation administrative, médicale et paramédicale».

21 - L'admission en soins psychiatriques «libres»

Règle générale

Un patient admis pour troubles mentaux soit en hospitalisation complète, soit sous une autre forme que celle-ci dispose a priori des **mêmes droits** que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause médicale.

Ainsi :

- il a le droit de **circuler** librement au sein de l'hôpital (du moins dans les lieux ouverts à la circulation générale),
- il ne doit pas être retenu dans un service fermé à clé ou dans une chambre verrouillée,
- il a le droit de choisir l'hôpital où il sera soigné (principe du libre choix), y compris à l'extérieur de son secteur psychiatrique de référence.

Transformation de soins psychiatriques libres en soins psychiatriques sous contrainte :

Si l'état de santé du patient le justifie et qu'il remplit les conditions d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat, le directeur de l'hôpital (ou l'administrateur de garde) doit prendre, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous 48 heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un établissement habilité à soigner des personnes sous contrainte.

En cas d'urgence, le malade peut être isolé, pour des raisons de sécurité, mais uniquement sur **décision médicale**. Cet isolement doit être strictement limité dans le temps et proportionné aux nécessités de l'urgence.

Références

- Articles L. 3211-1 à L. 3223-3 du Code de la santé publique,
- Guide AP-HP, «L'AP-HP aujourd'hui, Organisation administrative, médicale et paramédicale».

22 – L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)

Pour aller à l'essentiel...

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques **sur demande d'un tiers** que :

- si ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;
- son état mental impose des soins immédiats assortis, soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète (art. L.3212-1, C. santé publ.).

Ce mode d'admission nécessite donc forcément l'intervention d'un tiers.

Contrairement au dispositif des soins sur décision du représentant de l'Etat et notamment avec l'urgence, le directeur a compétence liée à l'égard des certificats et avis médicaux établis dans le cadre des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) et à la demande d'un tiers en urgence (SDTU).

Procédure

La demande d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) doit comporter les mentions manuscrites suivantes :

- la formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;
- des renseignements concernant le demandeur de l'admission et la personne faisant l'objet de la demande (nom, prénoms, date de naissance et domicile, et le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins) ;
- la date ;
- la signature.

Si le demandeur ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'hôpital (ou l'administrateur de garde) qui en donne acte.

La demande de soins psychiatriques à la demande d'un tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux :

- circonstanciés et datés de moins de quinze jours ;
- établis par deux médecins (non parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs d'établissements habilités, ni du demandeur de l'admission, ni de la personne concernée). Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'hôpital d'accueil, tandis que pour le second certificat médical, le médecin peut exercer au sein de l'hôpital d'accueil (= hôpital habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte).

Ces certificats doivent attester que les conditions nécessaires à l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers sont remplies (troubles rendant impossible le consentement de la personne et état imposant des soins immédiats assortis, soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète).

Le premier certificat médical constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un second certificat médical. Le médecin qui établit ce second certificat n'est pas lié par les constatations du premier médecin.

Avant de prononcer l'admission d'une personne en soins à la demande d'un tiers, le directeur de l'hôpital d'accueil (hôpital habilité à soigner sous contrainte) doit :

- vérifier l'identité de la personne malade,
- vérifier celle du demandeur,
- vérifier que l'ensemble des pièces nécessaires est bien réuni (demande d'admission, pièces justifiant de l'identité, certificats médicaux).

Si la demande formulée à l'égard d'un majeur protégé est effectuée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Le bulletin d'entrée doit mentionner que toutes les pièces ont été produites.

Procédure d'urgence

A titre exceptionnel, en cas d'urgence et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, une procédure d'urgence peut être mise en œuvre (SDTU).

Dans ce cas particulier, le directeur de l'hôpital d'accueil (ou l'administrateur de garde), c'est-à-dire d'un hôpital habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte :

- doit vérifier avant de prononcer l'admission que la demande a été établie conformément aux règles et s'assurer de l'identité du patient et de la personne qui a demandé l'admission ;
- peut prononcer l'admission du malade **au vu d'un seul certificat médical**. Ce certificat peut, le cas échéant, émaner d'un médecin de l'hôpital d'accueil. Dans ce cas, les certificats médicaux qui doivent être établis dans les 24 heures et dans les 72 heures suivant l'admission doivent être établis par deux psychiatres distincts.

Qualité du tiers demandeur

La demande d'admission doit être nécessairement présentée **par un tiers**.

Celui-ci peut être :

- un membre de la famille du malade,
- ou une personne **justifiant de l'existence de relations avec le malade** antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

Toutefois, la loi ne permet pas la prise en compte d'une demande du **personnel soignant exerçant dans l'hôpital d'accueil** (art. L. 3212-1 II 1°, C. santé publ.).

Lorsqu'un majeur fait l'objet d'une protection juridique, son tuteur ou son curateur peut faire une demande de soins pour celui-ci, dans la mesure où il remplit les conditions précitées.

L'absence de tiers : le péril imminent

L'innovation majeure de la loi du 5 juillet 2011 est la possibilité de recourir, sous certaines conditions strictes, à une mesure de contrainte sans tiers : **l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent**. En effet, s'il est impossible de recueillir une demande de tiers et qu'il y a péril imminent, le directeur de l'hôpital d'accueil peut dorénavant prononcer une admission.

Sous la législation antérieure, l'absence de tiers connu (dans le cas par exemple de patients désocialisés), le refus des membres de l'entourage du patient de prendre une décision d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) pourtant jugée médicalement nécessaire, ainsi que l'absence de critères requis pour une hospitalisation d'office étaient régulièrement à l'origine de situations délicates.

Ainsi, il n'est plus admis que le directeur de l'hôpital d'accueil, ou l'administrateur de garde, ou un membre du service social hospitalier puisse signer une telle demande d'admission. Cette démarche n'est plus nécessaire grâce à la procédure d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent, sous réserve du respect des conditions requises par la loi.

La qualité de tiers

Deux décisions importantes prises sous l'empire de l'ancienne législation demeurent valides.

Dans un arrêt du 30 décembre 1999 (CAA Nantes, 30 décembre 1999, CHS de Pontorson), la Cour administrative d'appel de Nantes a confirmé une annulation de la mesure d'hospitalisation en énonçant que *«bien que l'employée (en l'espèce, un secrétaire de l'hôpital) ne fasse pas partie du personnel soignant, elle n'était pas au nombre des tiers autorisés à demander ce type d'hospitalisation»*.

«La circonstance que seule l'exclusion des personnels soignants soit explicite dans le code de la santé publique n'implique pas que le personnel administratif de l'hôpital puisse intervenir, dès lors qu'il n'a pas de lien familial ou de lien personnel avec l'hospitalisé permettant de le regarder comme agissant dans son intérêt».

Le Conseil d'Etat (3 décembre 2003, CHS de Caen) a jugé par ailleurs *«la décision d'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade, est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci»*.

Formalisme dans le cadre de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Dans le cadre des soins à la demande d'un tiers, le directeur de l'hôpital d'accueil prononce une décision d'admission de patients en soins psychiatriques sous contrainte. Il doit prendre formellement cette décision à chaque nouvelle admission ou lorsque le maintien en soins psychiatriques sous contrainte est jugé nécessaire, ce qui peut comprendre le cas échéant (cf. modèles types) :

- la décision d'admission en soins psychiatriques
- la décision maintenant les soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète
- la décision de maintien des soins psychiatriques sous une autre forme qu'une hospitalisation complète
- la décision de maintien des soins psychiatriques pour une durée d'un mois
- la décision modifiant la forme de prise en charge d'une personne faisant déjà l'objet de soins psychiatriques sous une autre forme qu'une hospitalisation complète
- la décision portant réadmission en hospitalisation complète d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques

- la décision portant sur la forme de prise en charge d'une personne en soins psychiatriques à la suite de la mainlevée de l'hospitalisation complète ordonnée par le juge des libertés et de la détention
- la décision mettant fin à une mesure de soins psychiatriques.

En conséquence, ces documents doivent être établis par le directeur de l'hôpital d'accueil (c'est-à-dire l'hôpital habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte) à chaque nouvelle admission ou lorsque le maintien en soins psychiatriques sous contrainte est jugé nécessaire dans les cas suivants : à la demande d'un tiers, péril imminent, ou en urgence à la demande d'un tiers.

Déroulement des soins psychiatriques à la demande d'un tiers

La loi prévoit une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète d'une durée qui ne peut excéder 72 heures.

1. Dans les 24 heures qui suivent l'admission du malade, un **examen somatique complet** de la personne doit être réalisé par un médecin et un psychiatre de l'hôpital d'accueil doit établir **un certificat médical** qui constate son état mental et qui confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

L'examen somatique suppose a minima la prise des « constantes » du patient.

Le directeur de l'hôpital d'accueil (ou l'administrateur de garde) doit notifier sans délai les noms, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour de la personne faisant l'objet des soins et du tiers au Procureur de la République près le Tribunal de grande instance (TGI) dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet de soins et à celui près le TGI dans le ressort duquel est situé l'hôpital.

Dans le cadre de cette admission et dans le cas où le patient fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur de l'hôpital d'accueil doit informer le tiers de toute décision modifiant la forme de la prise en charge.

2. Dans les 72 heures qui suivent l'admission, un nouveau **certificat médical** doit être établi par un psychiatre de l'hôpital dans les mêmes conditions que celles prévues pour le certificat médical établi dans les 24 heures.

3. Lorsque ces certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil doit proposer, dans **un avis motivé**, établi **avant l'expiration du délai de 72 heures** suivant l'admission, la forme de la prise en charge et le cas échéant, le programme de soins.

En parallèle, le directeur de l'hôpital d'accueil doit informer sans délai le préfet, ainsi que la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques et leur communiquer une copie du certificat médical d'admission et du bulletin d'entrée. Il doit leur transmettre également sans délai copie de chacun des certificats médicaux des 24 heures et des 72 heures.

4. Après le 5^{ème} jour et au plus tard le 8^{ème} jour à compter de son admission, le malade doit à nouveau être examiné par un psychiatre de l'hôpital d'accueil. Celui-ci doit établir un certificat médical circonstancié et indiquer si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat doit préciser si la forme de la prise en charge demeure adaptée et, le cas échéant, en proposer une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'hôpital d'accueil doit établir un avis médical sur la base du dossier médical. Au vu de ce certificat établi entre le 6^{ème} et le 8^{ème} jour suivant l'admission, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'hôpital d'accueil pour une durée maximale d'un mois, renouvelable.

5. Parmi les garanties offertes au patient, le juge des libertés et de la détention (JLD) exerce un contrôle systématique, au plus tard au bout de 15 jours d'hospitalisation complète continue, puis au plus tard au bout de 6 mois d'hospitalisation complète continue, ou à tout moment sur saisine facultative. Le juge doit valider ou invalider la mesure en cours, mais il ne peut la modifier de lui-même.

Fin des soins psychiatriques à la demande d'un tiers

L'admission à la demande d'un tiers prend fin :

- **sur avis médical** à tout moment préconisant la levée des soins. La levée doit être formalisée par une décision du directeur de l'hôpital d'accueil.
- **en cas de carence de certificat médical à l'échéance prévue** (levée automatique)
- **sur décision du JLD de lever les soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète.** Le juge ordonne la mainlevée immédiate de l'hospitalisation complète: soit à l'occasion d'un recours contre une décision du directeur ou de sa propre initiative, soit à l'occasion de son contrôle systématique des hospitalisations complètes.
- **en cas de défaut de décision du JLD ou par suite d'un constat par le JLD de mainlevée** en cas de saisine tardive rendant impossible la tenue d'un débat contradictoire. La mesure de soins sur décision du directeur de l'hôpital d'accueil sous la forme d'une hospitalisation complète est réputée levée :
 - en l'absence de décision du JLD (si le JLD n'a pas statué dans les 15 jours de l'admission, ou dans les six mois suivant son premier contrôle, en cas de maintien des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète),
 - en cas de constat judiciaire de mainlevée de la mesure si le juge estime que les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies et qu'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive.

Néanmoins, une nouvelle mesure de soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète peut être prise afin d'assurer la continuité des soins (dans ce cas, il n'y a pas besoin à nouveau de période de soins et d'observation) à la condition que les critères d'entrée dans le dispositif soient remplis et selon les modalités normales afférentes à la procédure mise en œuvre.

- **Levée sur demande de la CDSP** : levée formalisée par une décision du directeur de l'hôpital d'accueil
- **Levée sur la demande d'un membre de la famille ou d'une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieur à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.**

Dans ce cas, il n'existe pas de priorisation ou de hiérarchisation entre ces personnes.

Par ailleurs, cette levée est formalisée par une décision du directeur de l'hôpital d'accueil dès lors que la levée est demandée par un membre de la famille ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci (cependant, cette mainlevée est formalisée), à l'exception du cas où le psychiatre de l'hôpital d'accueil atteste, soit que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient, soit que le patient remplit les critères pour être placé en soins sur décision du préfet.

Dans le cas où l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient, le directeur de l'hôpital d'accueil n'est donc pas tenu de faire droit à la demande en s'appuyant selon la situation, soit sur un certificat médical soit sur un avis médical. Il en informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours qui lui sont ouvertes.

Dans le cas où l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'hôpital d'accueil informe le préfet préalablement à la levée de la mesure de soins. Le préfet peut en effet prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Dans les 24 heures suivant la fin de la mesure de soins, le directeur de l'hôpital d'accueil doit en informer le préfet, la CDSP, les Procureurs de la République ainsi que la personne qui a demandé les soins.

Si le médecin hospitalier atteste par un certificat médical 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**, le préfet doit en être informé par le directeur de l'hôpital d'accueil. Le préfet peut alors prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat sur la base de ce certificat médical.

Références

- Articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du Code de la santé publique

Hôpital :

Demande d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Je soussigné(e) (M., Mme, Melle) *

Né(e) le* à (facultatif).....

Demeurant : *

et exerçant la profession de :.....

En qualité de (préciser le degré de parenté ou la nature des relations antérieures)
..... *

Formulation de la demande d'admission en soins sans consentement *:

A recopier : **demande**, conformément à l'article L.3212-1II 1° ou L.3212-3 du Code de la santé publique et en accord avec les conclusions médicales, l'admission au sein de l'hôpital :

Nom et prénom : *

Né(e) le* à (facultatif)

Profession :

Demeurant à *

Fait à, le//*

Signature du tiers demandeur *:

Pour une personne ne sachant ni lire ni écrire, la demande est reçue par le Maire, le Commissaire de police ou le Directeur d'établissement qui en donne acte (article R. 3212-1 du Code de la Santé Publique)

Signature et qualité de la personne
prenant acte de la demande ou de
son délégataire :

PIECES à joindre à la demande de tiers :

- Photocopie de la carte d'identité du tiers demandeur ou indication sur la demande de tiers de la référence de la pièce d'identité à joindre impérativement.
- Photocopie de la pièce d'identité de la personne susceptible d'être admise en soins psychiatriques
- Si la demande est formulée par le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé ; celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

* Ces mentions doivent obligatoirement être manuscrites

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Premier certificat médical

(Art. L3212-1-II-1° du Code de la santé publique)

Leàh.....

Je soussigné(e),

Nom, prénom..... Docteur en médecine,

Fonction / Adresse professionnelle.....

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle.....

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour (*description* – en application de l'article L. 3212-1 II 1° alinéa 4 du Code de la santé publique, le premier certificat médical constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins.) :

.....
.....
.....

- ☐ ses troubles rendent impossible son consentement
- ☐ son état impose des soins psychiatriques immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'une hospitalisation complète incluant des soins ambulatoires.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le médecin établissant le second certificat, ni avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec l'auteur de la demande d'admission ni avec la personne à admettre en soins.

Signature

NB : Ce premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade (c'est-à-dire l'établissement habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte).

Hôpital :

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Second certificat médical

(Art. L3212-1-II-1° du Code de la santé publique)

Le à h.....

Je soussigné(e),

Nom, prénom..... Docteur en médecine,

Fonction / Adresse professionnelle.....

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle.....

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour (*description* – en application de l'article L. 3212-1 II 1° alinéa 4 du Code de la santé publique, le premier certificat médical constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins.) :

.....
.....
.....

- ☐ ses troubles rendent impossible son consentement
- ☐ son état impose des soins psychiatriques immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète incluant des soins ambulatoires.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le médecin établissant le premier certificat, ni avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec l'auteur de la demande d'admission ni avec la personne à admettre en soins.

Signature

NB : ce second certificat médical peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade (c'est-à-dire l'établissement habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte).

Hôpital :

**Certificat médical pour l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence
(article L3212-3 du Code de la santé publique)**

Le à h.....

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant

Et présentant les troubles suivants :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ces troubles rendent impossible le consentement du patient. Son état impose des soins psychiatriques immédiats et il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade en application de l'article L3212-3 du Code de la santé publique.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec l'auteur de la demande d'admission ni avec la personne à admettre en soins.

Signature

Hôpital :

Décision d'admission en soins psychiatriques

Le directeur de l'établissement de santé ou son représentant.....

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 3212-1 et L. 3212-2, et le cas échéant L. 3212-3

☐ SOIT soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)

VU la demande de soins en date du ...

VU le premier certificat médical en date du ... établi par le docteur ... médecin [ne pouvant exercer dans l'établissement accueillant le malade] compétent au titre de l'article L. 3212-1 II 1° au (nom de l'établissement de santé le cas échéant distinct, de l'établissement d'accueil et commune d'implantation)

VU le deuxième certificat médical en date du ... établi par le docteur ... médecin compétent au titre de l'article L. 3212-1 II 1° au (nom de l'établissement d'accueil : le second certificat peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil)

☐ SOIT soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)

VU la demande de soins en date du ...

VU le certificat médical en date du ... établi par le docteur ... médecin compétent au titre de l'article L. 3212-1 II 1° au ... (nom de l'établissement d'accueil : ce certificat peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil)

☐ SOIT soins psychiatriques en cas de péril imminent (PI)

VU le certificat médical en date du ... établi par le docteur ... médecin [ne pouvant exercer dans l'établissement accueillant le malade] compétent au titre de l'article L. 3212-1 II 1° au (nom de l'établissement de santé le cas échéant distinct, de l'établissement d'accueil, et commune d'implantation)

A l'égard de :

M, Mme, Mlle.

Né le à

Adresse

qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur..., joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux décrits et présentés par M. ... nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète et rendent nécessaire son admission en soins psychiatriques (certificats médicaux joints à la présente décision) ;

Décide

Article 1 - Est ordonnée l'admission en soins psychiatriques sous la forme initiale d'une hospitalisation complète de M. ... au sein du site hospitalier ..., [si utile : le cas échéant après admission provisoire au sein de ... (nom de l'établissement de santé ayant accueilli le patient en urgences, en application de l'article L. 3211-2-3, et commune d'implantation)].

Article 2 - Par décision du directeur, sur proposition médicale ou de la commission départementale des soins psychiatriques ou de l'une des personnes mentionnées au II de l'article L. 3212-1, il peut être mis fin à tout moment aux soins psychiatriques.

Article 3 - Le directeur de l'établissement de santé d'accueil est chargé de l'exécution de la présente décision, dont avis sera adressé au préfet (article L. 3212-5 du Code de la santé publique), aux procureurs de la République de (TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé d'accueil du patient et TGI dans le ressort duquel le patient a sa résidence habituelle) à la commission des soins psychiatriques [et le cas échéant à la personne ayant demandé les soins] dans les conditions prévues à l'article L. 3212-5.

Article 4 - Les voies de recours sont les suivantes :

- concernant LA REGULARITE FORMELLE (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient) dans le délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision.
- concernant LE BIEN-FONDE DE LA MESURE (pour demander qu'il y soit mis fin) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé).
- La commission départementale des soins psychiatriques, saisie par courrier adressé à son président (adresse de la CDSP), peut demander la levée de la mesure de soins psychiatriques au directeur de l'établissement de santé.

Fait à, le

23 – L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (PI)

Pour aller à l'essentiel...

- La loi du 5 juillet 2011 permet désormais de prononcer une mesure de soins psychiatrique sans consentement **en l'absence de tiers** : la procédure d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent.
- Ce dispositif est une variante de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, lorsqu'il est impossible d'obtenir une demande de soins par un tiers dans les conditions définies par la loi et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne à la date de l'admission.
- Contrairement au préfet concernant les soins sur décision du représentant de l'Etat et de son dispositif d'urgence, le directeur a compétence liée à l'égard des certificats et avis médicaux établis dans le cadre des soins psychiatriques en cas de péril imminent (PI).

Conditions de forme de la demande d'admission sans tiers

Ce dispositif a été créé afin de pallier aux insuffisances du dispositif précédent auxquelles les établissements de santé étaient de façon quotidienne confrontés en raison de l'absence de tiers demandeur de soins psychiatriques (dans le cas de personnes désocialisées, isolées, sans famille, en cas de crainte de représailles ou de refus manifeste de l'entourage).

Le directeur de l'hôpital d'accueil prononce la décision d'admission sous certaines conditions strictes et cumulatives :

- les **troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement** ;
- **l'état mental de la personne malade impose des soins immédiats assortis** soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ;
- lorsqu'il s'avère **impossible d'obtenir une demande de soins par un tiers** ;
- et qu'il existe **un péril imminent pour la santé de la personne** à la date d'admission.

Cette décision d'admission est accompagnée d'un certificat médical circonstancié datant de moins de 15 jours, attestant que les conditions citées ci-dessus sont réunies. Ce certificat constate l'état mental de la personne atteinte de troubles mentaux, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins.

Le médecin qui établit ce certificat doit être un médecin extérieur à l'hôpital d'accueil et ne peut être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement, ni avec la personne malade.

Dans ce cas, les certificats médicaux qui doivent être établis dans les 24 heures et dans les 72 heures suivant l'admission sont établis par deux psychiatres distincts.

La notion de «péril imminent»

Dans ses recommandations pour la pratique clinique « Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » d'avril 2005, la HAS a précisé que : *«Dans ce cas [péril imminent], le certificat doit faire apparaître les risques de péril imminent, c'est-à-dire l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient.»*

Procédure de «péril imminent»

Le directeur de l'hôpital d'accueil doit informer, dans les 24 heures sauf difficultés particulières :

- la famille de la personne qui fait l'objet de soins
- et, s'il y a lieu, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé (tuteur ou curateur)
- ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Il convient à ce titre de remplir « le Relevé des démarches de recherche et d'information de la famille pour un patient admis en Soins psychiatriques en cas de péril imminent » (voir infra) permettant d'établir toutes les démarches accomplies en ce sens.

Avant toute admission, le directeur doit s'assurer de l'identité du patient.

Déroulement et fin des soins psychiatriques en cas de PI

Cf. Soins à la demande d'un tiers

Références

- Articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique

Certificat médical pour l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent
(article L. 3212-1-II-2 du Code de la santé publique)

Le à h.....

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant

Et présentant les troubles suivants :

Ces troubles rendent impossible le consentement du patient. Son état représente un péril imminent pour sa santé. En l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers, il impose des soins psychiatriques immédiats en application de l'article L3212-1-II-2 du Code de la santé publique.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Signature

Hôpital :

Relevé des démarches de recherche et d'information de la famille pour un patient admis en soins psychiatrique en cas de péril imminent

En application de l'article L. 3212-1-II 2° du Code de la santé publique, et suite à l'admission en soins psychiatriques pour péril imminent de :

Nom et prénom Né(e) le / /
à (facultatif).....

Admis le : / / en soins psychiatriques en cas de péril imminent

Les démarches suivantes ont été effectuées pour rechercher et informer «dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.» (art. L. 3212-1-II 2° du Code de la santé publique)

Date/heure	Démarche effectuée

- ☐ Le cas échéant : aucun membre de la famille du patient ou aucune personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci , au cours de nos démarches, n'a pu être trouvée.

Fait àle / /

Qualité et signature :

24 – L’admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat (SDRE)

Pour aller à l’essentiel...

- Sont seules susceptibles de faire l’objet d’une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat «(...) les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l’ordre public».
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat procèdent d’un arrêté préfectoral ou, à défaut, en cas d’urgence, d’un arrêté du maire (ou à Paris, du Préfet de police).
- Contrairement au directeur, s’agissant des décisions relatives aux soins psychiatriques à la demande d’un tiers (SDT) et à la demande d’un tiers en urgence (SDTU) et en cas de péril imminent (PI), le préfet n’est pas lié par les certificats et avis médicaux établis (SDRE simple ou avec dispositif d’urgence).

Un patient admis à la demande d’un tiers peut présenter un état mental nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l’ordre public. **Ce patient peut alors faire l’objet d’une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat** (art. L. 3213-6, C. santé publ.).

Dans cette hypothèse, le préfet peut prendre un arrêté portant admission en soins psychiatriques. Le préfet indique dans son arrêté l’hôpital habilité devant recevoir le patient.

Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat peuvent résulter d’un signalement effectué par l’hôpital aux autorités de police qui déclencheront la procédure.

Conditions de forme de la demande de soins

La décision d’admettre la personne sur décision du représentant de l’Etat est prise sur la base d’un **arrêté motivé du Préfet** de police (à Paris) ou du Préfet de département (hors Paris), au vu d’un **certificat médical** circonstancié.

L’arrêté est motivé et doit énoncer précisément les circonstances rendant l’admission nécessaire. Une motivation insuffisante peut entraîner leur annulation par le juge administratif.

Le certificat ne doit pas émaner d’un psychiatre exerçant dans l’hôpital d’accueil. Il peut en revanche être établi soit par un psychiatre extérieur à l’hôpital d’accueil, soit par un médecin extérieur à l’hôpital d’accueil, soit par médecin de l’hôpital d’accueil du moment qu’il ne dispose pas de la qualité de psychiatre (CAA Nancy, 7 janvier 2008, n°06NC01639, confirmé par CE 9 juin 2010 n°321506).

Le directeur de l'établissement d'accueil (ou l'administrateur de garde) est tenu de transmettre sans délai au préfet et à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) le certificat médical établi dans les 24 heures suivant l'admission par un psychiatre de l'hôpital d'accueil, ainsi que celui réalisé dans les 72 heures suivant l'admission et de l'avis conjoint lorsque ces deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques.

Le préfet doit informer, dans les 24 heures :

- le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) dans le ressort duquel est situé l'hôpital d'accueil et le procureur de la République près le TGI dans le ressort duquel la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour, le maire et la famille de la personne admise en soins psychiatriques sous contrainte
- le maire de la commune du lieu d'implantation de l'hôpital et celui où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de résidence
- la CDSP
- la famille de la personne malade
- le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique du patient.

Le préfet doit informer également sans délai les autorités et personnes citées ci-dessus de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

Procédure d'urgence

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, 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 24 heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques.

Ce danger doit être attesté par un avis médical, qui peut être établi par tout médecin.

Si le Préfet ne se prononce pas dans ce délai, les mesures provisoires deviennent caduques dans les 48 heures.

La période d'observation et de soins initiale prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires.

Déroulement des soins

La loi prévoit une **procédure de surveillance** pendant toute la durée des soins sous contrainte du patient, à travers tout d'abord la période d'observation et de soins initiale qui ne peut dépasser 72 heures, mais qui peut être en deçà sous la forme d'une hospitalisation complète.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin doit réaliser un examen somatique de la personne et un certificat médical doit être établi par un psychiatre de l'hôpital d'accueil.

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical doit être établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Lorsque ces deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'hôpital d'accueil doit proposer dans un avis motivé la forme de la prise en charge et le cas échéant un programme de soins.

Entre le 6^{ème} et au plus tard le 8^{ème} jour, puis dans le mois qui suit l'arrêté préfectoral ou le cas échéant suivant la mesure provisoire, et ensuite tous les mois, la personne malade doit être examinée par un psychiatre de l'hôpital d'accueil qui doit établir un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant les observations contenues dans les précédents certificats. Ces certificats doivent préciser les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Chaque certificat doit préciser si la forme de la prise en charge du malade demeure adaptée et le cas échéant en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre de l'hôpital établit alors un avis médical sur la base du dossier médical du patient.

Le directeur de l'hôpital doit alors transmettre sans délai les copies des certificats et avis médicaux au préfet et à la Commission départementale des soins psychiatriques.

Lorsque la personne atteinte de troubles mentaux est pris en charge en hospitalisation complète, une copie du certificat ou avis médical établi entre le 6^{ème} jour et au plus tard le 8^{ème} jour est adressé par le directeur au juge de la liberté et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'hôpital d'accueil.

Dans les trois derniers jours du **premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques du représentant de l'Etat** ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire, le préfet peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical, le maintien de la mesure de soins **pour une nouvelle durée de trois mois**.

Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'État dans le département **pour des périodes maximales de six mois renouvelables** selon les mêmes modalités.

Contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD)

Lors du déroulement de ces soins, l'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le JLD n'ait statué sur cette mesure :

- avant l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de son admission
- avant l'expiration d'un délai de 6 mois suivant toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation dans le cadre d'une déclaration d'irresponsabilité pénale soit lorsque la patient a été maintenu en hospitalisation complète continue pendant une durée de 6 mois

Fin des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat prennent fin, en dehors des conditions de mainlevée judiciaire, en l'absence de décision du préfet dans les délais prévus.

Le préfet peut également mettre fin à tout moment à la mesure de soins après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies ou sur proposition de la Commission départementale des soins psychiatriques.

Références

- Articles L. 3213-1 à L. 3213-11 du code de la santé publique

Certificat médical pour l'admission sur décision du représentant de l'Etat
(article L. 3213-1 du Code de la santé publique)

Leàh.....

Je soussigné(e),

Nom, prénom..... docteur en médecine,

Fonction / Adresse professionnelle.....

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle.....

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour (*description.*) :

.....
.....
.....
.....

☐ ses troubles nécessitent des soins

☐ ses troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Signature

NB : ce certificat est établi par un médecin ou un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil ou un médecin de l'établissement d'accueil (on exclut ici les psychiatres de l'établissement d'accueil)

Certificat médical pour l'admission sur décision du représentant de l'Etat par une mesure provisoire ordonnée par un maire (article L 3213-2 du Code de la santé publique)

Leàh.....

Je soussigné(e),

Nom, prénom..... psychiatre,

Fonction / Adresse professionn.....elle.....

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle.....

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour (*description.*) :

.....
.....
.....
.....
.....

- ☐ ses troubles nécessitent des soins
- ☐ ses troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public
- ☐ son comportement révèle des troubles mentaux manifestes
- ☐ son comportement présente un danger manifeste pour la sûreté des personnes

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement ni avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Signature

NB : ce certificat est établi par un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil

25 – L'admission psychiatrique des mineurs

Principes

- La décision d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ne se justifie pas pour un mineur, car il appartient aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur de demander l'admission du mineur en cas de nécessité, comme pour toute hospitalisation.
- L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat est possible pour un mineur, mais doit demeurer exceptionnelle.
- Le juge des enfants peut décider de placer un mineur dans un établissement de soins spécialisé. Cette décision du placement, qui est fondée sur les articles du Code civil concernant l'assistance éducative est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'hôpital, et pour une durée maximale de 15 jours. Elle peut être reconduite, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'hôpital d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

Références

- Articles L. 3211-10 du Code de la santé publique
- Articles 375-3 et 375-9 du Code civil
- Guide AP-HP « L'enfant, l'adolescent à l'hôpital » (2002)

26 - L'admission psychiatrique des détenus

Principes

- L'admission en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est en principe réalisée dans un établissement de santé habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou sur la base d'un certificat médical au sein d'une unité pour malades difficiles (UMD).
- Toutefois, concernant les personnes mineures détenues, lorsque leur intérêt le justifie, elles peuvent être hospitalisées dans un établissement habilité en dehors des UHSA et des UMD.
- Les personnes détenues admises en soins psychiatriques ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.
- Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre exerçant au sein de l'établissement d'accueil, son admission en soins psychiatriques au sein de l'établissement sous la forme d'une hospitalisation complète.
- Le régime de cette hospitalisation suit celui des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.
- Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques nécessaire. Ces arrêtés désignent l'établissement habilité assurant la prise en charge de la personne malade et sont inscrits sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11 du Code de la santé publique.

Références

- Articles L. 3214-1 à L. 3214-5 du Code de la santé publique
- Articles D. 394 et D. 398 du Code de procédure pénale
- Guide AP-HP, « L'AP-HP aujourd'hui, Organisation administrative, médicale et paramédicale »

27 – Prise en charge des majeurs protégés

Pour aller à l'essentiel...

- Comme pour tout patient, la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge s'applique aux majeurs protégés
- La mise sous tutelle ou curatelle d'une personne peut s'avérer nécessaire lors de sa prise en charge en soins psychiatriques
- le rôle du tuteur ou du curateur peut être primordial lors de la prise en charge d'un patient majeur protégé en soins psychiatriques sous contrainte

Prise en charge des majeurs protégés

Comme pour tout patient, la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge s'applique aux majeurs protégés.

Ainsi, les personnes sous protection juridique peuvent faire l'objet d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent, sur décision du représentant de l'Etat ou dans le cadre d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Elle bénéficie des mêmes droits que les autres personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Mise sous sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle lors de la prise en charge d'un patient en soins psychiatriques sous contrainte

Au cours d'une admission en soins psychiatriques (en hospitalisation complète ou en soins ambulatoires), un patient peut être placé sous sauvegarde de justice si :

- un médecin constate que ce patient a besoin d'être protégé dans les actes de la vie civile, et en fait la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement (la déclaration devant être accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre) ;
- si un médecin constate que cette personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile, il est dans ce cas, tenu d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement (Dans ce cas, le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde).

De même, une personne faisant l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent, sur décision du représentant de l'Etat ou en application de l'article 706-125 du code de procédure pénale (lorsqu'une juridiction de jugement a prononcé un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental), peut à tout moment être placée en curatelle ou en tutelle. Ce placement s'effectue alors dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440 du Code civil.

Rôle du tuteur ou du curateur

Dès lors qu'une personne majeure sous protection juridique est admise en soins psychiatriques, son tuteur ou curateur peut :

- exercer à sa demande ses droits et notamment communiquer avec le représentant de l'Etat dans le département, le président du Tribunal de grande instance, le procureur de la République ou le maire, saisir la commission départementale des soins psychiatriques, prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ou bien encore porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situation susceptible de relever de sa compétence ;
- saisir à tout moment le JLD aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate de la mesure de soins psychiatriques ;
- faire une demande de soins pour le majeur protégé dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Dans ce cas, le tuteur ou curateur doit être un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci. Il doit également fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Le tuteur ou le curateur peut également être le tiers dans le cadre d'une admission en urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ;
- demander la levée de la mesure de soins psychiatriques au directeur de l'établissement habilité (dans le cadre de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent).

Le tuteur ou curateur doit, le cas échéant, être informé :

- par le directeur de l'établissement d'accueil, que la personne qu'il protège fait l'objet d'une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent ;
- par le directeur de l'établissement d'accueil, de toute décision modifiant la forme de la prise en charge du majeur protégé lorsque ce dernier a fait l'objet d'une admission en soins psychiatriques en hospitalisation complète à la demande d'un tiers ou en urgence ;

- par le représentant de l'Etat, de l'admission en soins psychiatriques, sur décision du représentant de l'Etat ou sur décision de justice, du majeur protégé. Il doit par la suite être également informé de toute décision de maintien, de toute levée de cette mesure ou de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète.

Dans le cadre des procédures qui ont lieu devant le juge des libertés et de la détention, le tuteur ou curateur :

- se voit communiquer la requête de mainlevée ;
- en qualité de partie à la procédure, est avisé par le greffe du Tribunal, de la date, de l'heure, du jour et les modalités de tenue de l'audience fixés par le juge ;
- peut produire des observations lorsque le juge des libertés et de la détention a décidé de se saisir d'office ;
- peut s'exprimer, lors de l'audience, s'il le souhaite et dès lors qu'il est le tiers ayant demandé l'admission en soins psychiatriques ;
- se voit notifier l'ordonnance du juge.

Références

- Articles L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique
- Articles 425 et 440 du Code civil

28 – Soins psychiatriques sous contrainte au sein d'un service des urgences d'un établissement non habilité

Pour aller à l'essentiel...

- Lorsqu'une personne est prise en charge au préalable au sein d'un service des urgences d'un établissement de santé non habilité à recevoir des patients sous contrainte et que son état rend indispensable la dispensation de soins psychiatriques sans son consentement, son transfert vers un établissement habilité doit être organisé dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous 48 heures.
- Attention ! : La période d'observation et de soins initiales de 72 heures prend effet dès le début de la prise en charge et donc peut débuter au sein du service des urgences d'un établissement non habilité.
- Dans ce cas, une vigilance particulière doit être portée dans la mesure où le début de prise en charge sera a posteriori pris en compte pour calculer le point de départ des délais légaux relatifs à la période d'observation de 72 heures, à la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) et à la rédaction de différents certificats médicaux.

Début de la prise en charge aux urgences d'un établissement non habilité et délais à prendre en compte

Lorsqu'une personne nécessite des soins psychiatriques sous contrainte et qu'elle est prise en charge initialement en urgence au sein d'un établissement de santé non habilité à recevoir des patients sous contrainte, son transfert vers un établissement habilité est organisé dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous 48 heures.

La date de début de prise en charge au sein de l'hôpital « non habilité » détermine le début de la période d'observation et de soins initiale de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation complète.

Deux situations peuvent notamment se présenter lorsque le patient est admis dans un premier temps dans une unité de médecine d'urgence :

- soit le patient arrive aux urgences pour une prise en charge psychiatrique (avec par exemple un certificat médical adéquat déjà établi) : dans ce cas, l'heure de début de la prise en charge à prendre en compte est celle de l'heure de son admission aux urgences médicales,
- soit il arrive aux urgences, mais la nécessité d'une prise en charge psychiatrique n'est avérée que secondairement après une prise en charge somatique : dans ce cas, l'heure de début de la prise en charge à prendre en compte est celle de la rédaction du premier certificat médical du médecin ou du psychiatre selon le mode de prise en charge.

Il est donc essentiel que les certificats médicaux soient horodatés.

Procédure à suivre

Dans ce cas, le directeur de l'hôpital « non habilité » doit prendre toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'admission en soins psychiatriques sous contrainte.

Dans le cadre de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers : il doit s'assurer de l'identité du patient ainsi que celle du tiers et vérifier que la demande de soins a été établie dans les conditions imposées par la loi.

Dans le cadre de l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent, il doit effectuer les démarches liées à ce type de prise en charge. En ce sens, il doit informer, sauf difficultés particulières, dans les 24 heures, la famille de la situation et remplir en lien avec le service où se trouve le patient le modèle (type AP-HP) « relevé des démarches de recherche et d'information à la famille ».

Transfert vers l'établissement d'accueil de secteur

La Direction des affaires juridiques (DAJ), recommande de tracer le passage sur ce site et a minima d'établir, transmettre et conserver un bon de transfert, un bulletin de situation sur GIL-DA (dans le cas où un patient se trouvait par exemple dans un service de réanimation) ou UR-QUAL (en cas d'unique passage aux urgences)

Les patients en soins psychiatriques sous contrainte peuvent être transportés vers l'établissement d'accueil, par des moyens adaptés à l'état de la personne. Ce transport doit être assuré par un transporteur sanitaire agréé à la charge de l'établissement d'accueil.

Dans le cadre de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du premier des deux certificats médicaux et la rédaction de la demande de soins par un tiers.

Dans le cadre de l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent, il ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du certificat médical correspondant à l'entrée dans ce dispositif de soins sous contrainte.

Focus certificat médical

- Lorsque le patient se trouve au sein d'un hôpital « non habilité » depuis plus de 24 heures, le Ministère de la santé a indiqué que le certificat médical qui doit être en principe établi dans les 24 heures suivant l'admission par un psychiatre de l'hôpital d'accueil est, dans ce cas, réalisé par un psychiatre de l'hôpital non habilité c'est-à-dire par exemple par un psychiatre des urgences de l'hôpital « non habilité » (source : Foire aux questions / Ministère de la santé 2012).

Références

Articles L. 3211-2-3 et L. 3222-1-1 du code de la santé publique

29 - Transfert d'un patient soigné sous contrainte pour des soins somatiques

Principes

Il peut advenir que l'état de santé d'un patient admis en soins psychiatriques sous contrainte nécessite la réalisation de soins somatiques.

Sous le régime de l'ancienne législation (loi du 27 juin 1990), il était prévu que les modalités d'accès à ce type de soins n'étaient en principe nullement modifiées par le fait que le patient était hospitalisé sous contrainte pour troubles mentaux. Le patient continuait cependant de relever de son unité ou de son établissement psychiatrique pendant la durée des soins effectués à l'extérieur. La nécessité pour le patient soigné sous contrainte d'être pris en charge par un autre hôpital pour des soins non psychiatriques n'entraînait pas *«de transfert au sens juridique et administratif entre l'établissement psychiatrique et l'établissement d'hospitalisation général. Le malade en service fermé était toujours considéré comme un malade de l'hospitalisation psychiatrique, bien que physiquement, il soit hébergé et traité dans le cadre d'un hôpital général»* (lettre ministérielle DH/9B2/VL/ n° 82 du 11 février 1986).

La loi du 5 juillet 2011 n'a prévu aucune disposition législative ou réglementaire sur ce point.

En conséquence, lorsque des soins somatiques doivent être effectués au bénéfice d'un patient en soins psychiatriques sous contrainte admis au sein d'un hôpital d'accueil, il convient d'assurer une continuité dans la prise en charge psychiatrique de ce patient.

Durant ce séjour au sein d'un hôpital non habilité, la mesure de soins psychiatriques continue de produire ces effets : notamment sur les délais de saisine du juge de la liberté et de la détention (JLD) dans le cadre de son contrôle avant l'expiration d'un délai de 15 jours suivant son admission en hospitalisation complète ou de 6 mois suivant la décision prise par le juge des libertés et de la détention (JLD), lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision, et sur la rédaction des certificats médicaux obligatoirement requis par la loi.

La venue du patient au sein d'un hôpital non habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte n'implique ni transfert juridique, ni transfert administratif entre cet établissement et l'hôpital d'accueil de secteur.

30 - Les droits des patients admis sans leur consentement

Pour aller à l'essentiel...

«Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques (...) ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être recherchée.» (art. L. 3211-3 C. santé publ.).

Malgré le caractère contraint des soins, que le patient admis à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'Etat refuse, l'exercice de ses libertés individuelles demeure la règle et les restrictions qui y sont apportées le sont par exception.

Les droits procéduraux

La loi énumère un certain nombre de droits dont ces patients disposent en tout état de cause :

- **saisir le juge de la liberté et de la détention (JLD)** à tout moment (tant le patient que toute personne de son entourage),
- **communiquer avec le préfet**
- **communiquer avec le président du tribunal de grande instance (TGI)**
- **communiquer avec le procureur de la république**
- **communiquer avec le maire de la commune**
- **saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)**
- **saisir, lorsque le patient est hospitalisé, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)**
- **porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté** des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence
- **de prendre conseil du médecin ou de l'avocat de son choix**

Les droits fondamentaux

Parmi les libertés fondamentales du patient, ce dernier dispose toujours de la faculté :

- **d'émettre ou recevoir des courriers**
- **de consulter le règlement intérieur** de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent
- **d'exercer son droit de vote**
- **de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix**
- **d'accéder aux informations médicales**

Cette information revient à un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient (un médecin, un membre de l'équipe soignante ou un membre du personnel administratif) et ce, le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état. L'information doit porter sur sa situation juridique, sur la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte ainsi que chacune des décisions qui seront prises en cours de sa prise en charge (concernant le maintien, la modification de la forme de la prise en charge,...) et les raisons motivant ces décisions.

Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions prises dans ce cadre, le patient doit également être informé de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes par l'intermédiaire du JLD.

L'avis du patient sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

Les personnes admises sans leur consentement pour troubles mentaux peuvent en conséquence avoir accès à leur dossier médical.

Toutefois, *«à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, (...) peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière.»*

En cas de refus du demandeur, il revient à la Commission départementale des soins psychiatriques de rendre un avis qui s'imposera au détenteur des informations et au demandeur.

Autorisations de sorties de courte durée

Dans le cadre de la prise en charge sous contrainte du patient atteint de troubles mentaux en hospitalisation complète, le directeur de l'hôpital d'accueil peut prononcer, après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée, une autorisation de sortie de courte durée accompagnée ne pouvant excéder 12 heures :

- pour motif thérapeutique,
- ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires.

Références

- Articles L. 3211-1 à L. 3223-3 du code de la santé publique

Autorisation de sortie accompagnée de courte durée
(article L. 3211-11-1 du Code de la santé publique)

Vu la décision du directeur en date du d'admettre en soins psychiatriques

- ☐ à la demande d'un tiers
- ☐ en cas de péril imminent
- ☐ à la demande d'un tiers en urgence

M., Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant

Vu le certificat médical de demande de sortie accompagnée n'excédant pas 12 heures du psychiatre responsable de la structure médicale concernée en date du

Le directeur de l'établissement d'accueil accorde, après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée, l'autorisation de sortie de courte durée de ce patient le deheures àheures.

Ce patient sera accompagné pendant toute la durée de la sortie par :

- un ou plusieurs membres du personnel
- un membre de la famille
- la personne de confiance

Qualité , identité et coordonnées de la (ou des) personnes accompagnantes (si connues à la date de la présente autorisation) :

.....
.....
.....
.....

Signature du directeur ou de son représentant

31 - Face à un blessé, une urgence ou un accident à proximité de l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

Lorsque sur la voie publique, une personne blessée est signalée à proximité de l'hôpital, **les personnels de l'hôpital, quel que soit leur grade ou leur fonction**, sont tenus de lui porter secours.

Deux types de mesures doivent alors être mis en œuvre :

- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR, centre de secours)
- l'envoi d'une équipe médicale sur les lieux, afin de dispenser les premiers soins et d'apprécier la gravité de la situation.

Consigne générale

En cas d'urgence ou d'accident signalé à **proximité immédiate** de l'hôpital (on entend par proximité le fait de pouvoir aisément approcher à pied la personne en difficulté), les personnels de l'hôpital, quel que soit leur grade ou leur fonction, ainsi que, le cas échéant, les agents de sécurité employés par une société privée si leur contrat le prévoit, sont **tenus de porter secours** aux malades ou aux blessés en péril sur la voie publique.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, l'administrateur de garde doit être informé et deux types de mesures doivent être mises en œuvre simultanément :

- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR ou centre de secours) ;
- l'envoi sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

En période hivernale, l'organisation de rondes régulières au sein et aux abords de l'hôpital est préconisée afin de repérer les personnes sans abri en difficulté et d'organiser leur prise en charge

[v. fiche n° 4 : «l'admission d'une personne en situation de précarité»](#)

Champ de compétence des agents de sécurité

Principe

Les possibilités d'intervention des personnels de sécurité sur les personnes sont **limitées**. Ils ne peuvent intervenir que dans certaines situations prévues par :

- l'article 223-6 du code pénal relatif à **l'obligation d'assistance aux personnes en péril**.

Cet article énonce que toute personne qui s'abstiendrait volontairement de porter assistance (soit par une action personnelle, soit en provoquant un secours) à une personne en péril encourrait une peine de prison et une amende. Sont concernées les interventions qui ne représentent aucun risque pour elle ou pour des tiers.

- l'article 73 du code de procédure pénale relatif aux **crimes et délits flagrants**.

Cet article dispose que toute personne a qualité pour appréhender l'auteur d'un crime ou d'un délit flagrant, c'est-à-dire une infraction qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre, et de le conduire devant un officier de police judiciaire.

- les articles 122-5, 122-6, 122-7 du code pénal relatifs à la **légitime défense et à l'état de nécessité**.

En ce qui concerne **la légitime défense** (par ex. concernant une personne victime d'une agression en train de se produire), une personne qui accomplirait, face à une atteinte injustifiée envers elle-même ou autrui, un acte commandé par la nécessité de la légitime défense d'elle-même ou d'autrui, ne serait pas pénalement responsable. Toutefois, aucune disproportion ne doit exister entre les moyens de défense employés et la gravité de l'atteinte.

Quant à **l'état de nécessité**, il concerne la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplirait un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien. Dans ce cas, elle ne serait pas pénalement responsable. Toutefois, il doit y avoir proportionnalité entre les moyens employés et la gravité de la menace.

Numéros utiles :

- **Chef de la sécurité de l'hôpital :**
- **SAMU, SMUR, pompiers :**

Références

- Article 223-6 du code pénal,
- Article R. 4127-9 du code de la santé publique,
- Circulaire n° 335 du 31 mars 1988 relative à l'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate d'un établissement de soins public ou privé,
- Article 78 du règlement intérieur type de l'AP-HP,
- Communiqué ministériel du 21 novembre 1998 (organisation de rondes régulières aux abords des hôpitaux en période de grand froid),
- Instruction interministérielle n°DGS/DUS/SG-DMAT/DGSCGC/DGCS/DGOS/ DGT/2011/450 du 1er décembre 2011 précisant les actions à mettre en œuvre pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale.

32 - Le dépôt de biens

Pour aller à l'essentiel...

- Les objets détenus par un patient doivent être remis au régisseur de l'hôpital ou à un agent habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets.
- Ils doivent être inscrits sur le registre des dépôts après inventaire.

Conditions du dépôt

Le patient doit avoir été **admis** dans l'hôpital. Le dépôt de biens est donc exclu pour les patients en consultation externe.

Moment du dépôt

En principe, il se fait **au moment** de l'admission. Mais rien ne s'oppose à ce qu'il ait lieu **en cours** d'hospitalisation.

Obligation d'information

Le patient doit être **informé** des dispositions relatives au dépôt, au régime de responsabilité, qui s'appliquent aux biens abandonnés ou non réclamés.

Cette information, délivrée au patient ou à son représentant légal, doit être orale et écrite. Il doit leur être remis un document rappelant ces règles, signé puis conservé dans le dossier administratif du patient.

Caractère facultatif du dépôt

Quelle que soit la valeur des biens, le dépôt est toujours **facultatif** : le patient (ou son représentant légal) doit être invité à déposer ses biens.

Modalités de dépôt

- **objets déposables** : choses mobilières dont la nature justifie leur détention par le patient.

Il est possible de refuser le dépôt de biens dont la détention au cours du séjour hospitalier ne se justifie pas.

- **personnes qui reçoivent les dépôts** :

Les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement et objets de valeur doivent être déposés entre les mains du régisseur désigné à cet effet.

Les autres objets peuvent être remis à un agent désigné par le directeur.

- **procédure :**

1) dresser un inventaire contradictoire, avec la liste des objets déposés et des objets gardés par le patient,

Attention !

La désignation des objets doit être faite sur la base d'éléments visuels et ne doit pas comporter d'appréciation par l'agent.

Ex : ne pas indiquer «*bague en diamant*», mais «*bague avec une pierre qui brille*». Ne pas indiquer «*montre en or*», mais «*montre en métal jaune*».

2) remettre un exemplaire de cet inventaire au patient (ou à son représentant légal) et inclure l'autre dans son dossier administratif,

3) compléter le registre spécial de l'hôpital sur lequel les dépôts sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention des objets conservés par le déposant.

- **l'hypothèse du « dépôt feint » :** Vous pouvez consentir à ce qu'un patient conserve avec lui des **biens de faible valeur** ayant fait l'objet d'un dépôt (voir encadré page suivante).

La mention de la conservation du bien par le patient doit être indiquée sur le registre.

Procédure à suivre lorsque le patient se trouve dans l'incapacité d'effectuer lui-même le dépôt

(soins urgents - patient hors d'état d'exprimer sa volonté – mineur ou majeur sous tutelle non accompagné)

Dans ces circonstances, il revient en principe à un agent de l'hôpital de procéder aux formalités à la place de la personne.

Un inventaire de **tous les objets** (pas seulement les objets de valeur ou les objets dont la détention est justifiée) doit être dressé par le responsable du service des admissions ou par un agent ayant reçu délégation, en présence d'une personne ayant accompagné le patient admis, le cas échéant, ou d'un second agent de l'hôpital.

Le patient sera informé du dépôt dès que possible, afin qu'il retire les objets qui en principe ne relèvent pas du dépôt. L'inventaire initial et le reçu lui sont remis (ou à son représentant légal). Le patient doit faire connaître les biens qu'il souhaite retirer du dépôt. L'inventaire est alors rectifié.

Responsabilités de l'hôpital

Principe :

- s'agissant des objets déposés, l'hôpital est responsable de plein droit de leur vol, perte ou détérioration,
- s'agissant des objets non déposés, l'hôpital n'est responsable qu'en cas de faute, la charge de la preuve incombant au patient.

Attention !

Si le directeur (ou l'administrateur de garde) avait donné son accord pour que le patient conserve avec lui des objets déposables («dépôt feint»), l'hôpital redevient responsable de plein droit à condition qu'il ne s'agisse pas de sommes d'argent, titres ou valeurs mobilières, moyens de règlement ou objets de valeur.

Limites :

Dans les deux cas, l'hôpital n'est pas responsable :

- si la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose,
- si le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou de soins.

Références

- Articles L. 1113-1 à L. 1113-10 du code de la santé publique,
- Articles R. 1113-1 à R. 1113-7 du code de la santé publique,
- Article 81, 148 du règlement intérieur type de l'AP-HP,
- Circulaire du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés.

33 – L’usurpation d’identité

Pour aller à l’essentiel...

- L’hôpital doit porter plainte auprès du commissariat de police pour « faux et usage de faux » et aviser de cette plainte l’organisme de sécurité sociale concerné.
- La Direction des affaires juridiques doit également être tenue informée.

Définition

Il n’est pas rare que des patients procèdent à une usurpation d’identité :

- pour **s’attribuer** le nom d’un tiers, disparaître à l’issue de l’hospitalisation et ne pas payer leurs frais de séjour ;
- pour **utiliser** le nom et la couverture sociale d’un proche et bénéficiaire, indûment, de la prise en charge des soins par la Sécurité sociale.

L’usurpation d’identité peut être sanctionnée pénalement en tant que **faux et usage de faux** de trois ans d’emprisonnement et de 45 000 euros d’amende. L’article 441-1 du code pénal dispose en effet que :

«Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d’expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d’établir la preuve d’un droit ou d’un fait ayant des conséquences juridiques (...)».

Procédure à suivre

Dans un premier temps, l’hôpital doit **porter plainte** auprès du commissariat de police pour «faux et usage de faux».

Puis, il doit **aviser immédiatement** de cette plainte le ou **les organismes de sécurité sociale** dont l’individu se déclare à tort le bénéficiaire.

La caisse de sécurité sociale pourra, à son tour, porter plainte pour escroquerie et agir conjointement avec l’AP-HP.

Enfin, une fois la plainte déposée, la **Direction des affaires juridiques** (Département du Droit Privé, du Patrimoine Privé et des Contentieux des Séjours) doit être saisie.

Il doit lui être communiqué :

- toutes les pièces du dossier,
- les coordonnées du dépôt de plainte.

Coordonnées utiles :

- DAJ (Département du Droit Privé, du Patrimoine Privé et des Contentieux des Séjours)

Tel : 01 40 27 34 32

Fax : 01 40 27 38 27

- CPAM
- Commissariat de police du [] arrondissement

Références

- Article 441-1 du code pénal

34 – Le consentement aux actes médicaux

Pour aller à l'essentiel...

Le patient ne peut être l'objet de soins ou d'examens de diagnostic que s'il a donné son consentement libre et éclairé. Ce consentement doit être recherché dans tous les cas.

Les modalités d'expression du consentement sont renforcées dans certaines situations, et notamment pour :

- le don et utilisation des produits et éléments du corps humain,
- les recherches biomédicales,
- l'examen des caractéristiques génétiques d'un patient.

Le principe général

Il est énoncé par l'article L. 1111-4 du code de la santé publique :

«Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

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 tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

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.(...)

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions».

Le patient a la possibilité de **refuser** les soins qui lui sont proposés après avoir reçu une **information** complète sur les conséquences médicales de son refus.

Forme du consentement

Il n'existe **pas de formalisme** en matière de recueil du consentement, à l'exception de certaines activités médicales, pour lesquelles le recueil du consentement écrit du patient est nécessaire :

- **Pour les actes de recherche biomédicale**, le consentement du patient doit être recueilli **par écrit ou attesté par un tiers**, hors le cas de l'urgence médicale ;
- **Pour le don et l'utilisation des produits du corps humain**, le consentement préalable du donneur majeur doit être recueilli pour le prélèvement in vivo d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits. Ce consentement est révocable à tout moment,
- **Pour l'examen des caractéristiques génétiques du patient**, la loi prévoit que *«Le consentement exprès de la personne doit être recueilli par écrit préalablement à la réalisation de l'examen, après qu'elle a été dûment informée de sa nature et de sa finalité. Le consentement mentionne la finalité de l'examen»* (art. 16-10, C. civ.),
- **Pour la collecte de sang humain**, *«(...) le prélèvement ne peut être fait qu'avec le consentement du donneur par un médecin ou sous sa direction et sa responsabilité (...)»* (art. L. 1221-3, C. santé publ.),

Exceptions au principe du consentement

L'article L. 1111-4 du code de la santé publique prévoit que :

«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 de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical».

Il peut être dérogé à la règle du consentement préalable dans deux cas :

- la situation d'urgence médicale

- la situation dans laquelle le patient est hors d'état d'exprimer son consentement

Dans ces deux cas, l'équipe médicale a la faculté de prendre dans l'intérêt du patient la décision médicale qu'elle juge nécessaire. Elle devra informer le patient des décisions relatives aux soins lorsqu'il sera à nouveau apte à les comprendre.

Dispositions spécifiques aux mineurs et aux majeurs protégés

L'article L. 1111-4 du code de la santé publique prévoit que : *«Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables».*

v. fiches [n° 35](#) et [36](#) : «le consentement des majeurs protégés» et «le consentement du patient mineur»

35 - Le consentement des majeurs protégés

Pour aller à l'essentiel...

- A la différence des autres régimes de protection (sauvegarde de justice, curatelle), la tutelle institue un régime de représentation légale du majeur protégé faisant intervenir le tuteur dans la relation de soin au stade de l'information et éventuellement à celui du consentement.

- «Les droits des majeurs sous tutelle (en matière de droit à l'information médicale : sur son état de santé, les investigations, les traitements, les risques, etc.) sont exercés par le tuteur. (..). Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement» (art. L. 1111-2, C. santé publ.).

Par ailleurs, «le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision» (art. L. 1111-4, C. santé publ.).

- Le médecin a la possibilité de délivrer les soins indispensables lorsque le refus du représentant légal risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle (art. L. 1111-4, C. santé publ.).

Les principes

Ils sont fixés par les articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du code de la santé publique :

«Les droits des majeurs sous tutelle (en matière de droit à l'information médicale : sur son état de santé, les investigations, les traitements, les risques, etc.) sont exercés par le tuteur. (Le tuteur reçoit l'information). Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement».

Par ailleurs, «Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision» (article L. 1111-4, C. santé publ.).

En pratique

Il est utile d'avoir connaissance de la décision prononçant la mesure de tutelle afin de vérifier si la protection comprend les actes relatifs à la personne.

Le seul consentement du tuteur doit demeurer exceptionnel et n'être envisagé que lorsque le majeur protégé se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Le médecin a la possibilité de délivrer les soins indispensables lorsque l'absence ou le refus du représentant légal risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur

sous tutelle (art. L. 1111-4, C. santé publ.). Si les soins peuvent être sans conséquence différés, le procureur de la République peut être avisé de la situation.

Enfin dans les cas où l'acte médical a pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée (amputation par ex.), le juge des tutelles (ou le conseil de famille le cas échéant) doit être saisi. En cas d'urgence médicale et en l'absence d'alternative thérapeutique le médecin accomplit les actes nécessaires et proportionnés.

Des dispositions légales spécifiques

Les prélèvements

• Le prélèvement d'organes

«Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu (...) sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.» (art. L. 1231-2, C. santé publ.).

• **Les prélèvements de tissus, cellules et produits du corps humain sur une personne vivante majeure protégée** (art. L. 1241-2 et L. 1241-4, C. santé publ.) sont en principe interdits.

Une exception consiste en ce qu'«l'absence d'autre solution thérapeutique, un prélèvement de cellules hématopoïétiques recueillies par prélèvement dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique peut être fait sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale au bénéfice de son frère ou de sa sœur».

• «Si la personne protégée fait l'objet d'une mesure de tutelle, ce prélèvement est subordonné à une décision du juge des tutelles compétent qui se prononce après avoir recueilli l'avis de la personne concernée lorsque cela est possible, du tuteur et du comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3 (C. santé publ.)» ;

• «Si la personne protégée fait l'objet d'une mesure de curatelle ou de sauvegarde de justice et si le juge des tutelles compétent estime, après l'avoir entendue, que la personne protégée a la faculté de consentir au prélèvement, celui-ci est subordonné à une autorisation du comité d'experts (...), après recueil du consentement de l'intéressé dans les conditions prévues à l'article L. 1241-3» (le consentement est exprimé devant le président du Tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure au préalable que le consentement est libre et éclairé. En cas d'urgence vitale, le consentement recueilli par tout moyen par le procureur de la République).

Hors les cas où la personne protégée a la faculté de consentir au prélèvement, celui-ci ne peut être pratiqué qu'après que le juge des tutelles se soit prononcé favorablement après avoir recueilli l'avis du tuteur et du comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3.

En l'absence d'autre solution thérapeutique appropriée, et à titre exceptionnel, de tels prélèvements peuvent également être effectués sur une personne protégée au bénéfice de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce, sous de strictes conditions (art. L. 1241-4, C. santé publ.).

Attention ! «Le refus de la personne protégée fait obstacle au prélèvement» (art. L. 1241-4, C. santé publ.)

- **Les prélèvements post mortem et l'autopsie :**

Le principe : «Si la personne décédée était un majeur sous tutelle, le prélèvement (effectué à des fins thérapeutiques ou scientifiques) ne peut avoir lieu qu'à la condition que le tuteur y consente par écrit» (art. L. 1232-2, C santé publ.).

Références

- Article L. 1111-4 du code de la santé publique,
- Article 133 du règlement intérieur de l'AP-HP,
- Haute autorité de santé (HAS), Recommandation de bonnes pratiques pour les professionnels de santé relative à la délivrance à une personne de l'information sur son état de santé, mai 2012, p. 10.

36 – Le consentement du patient mineur

Pour aller à l'essentiel...

- L'obtention du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale est **obligatoire** pour toute intervention médicale ou chirurgicale sur le mineur. Le consentement du mineur doit être **recherché**, chaque fois que possible, afin qu'il participe à la prise de décision médicale.
- Dans certaines situations prévues par la loi, des soins peuvent être délivrés à la demande du mineur sans le consentement parental.

Le principe général : le consentement des titulaires de l'autorité parentale

La loi prévoit que «*Les droits des mineurs (...) sont exercés (...) par les titulaires de l'autorité parentale (...). Ceux-ci reçoivent l'information prévue (...) sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité (...)*» (article L. 1111-2 C. santé publ.).

Le refus de soins des titulaires de l'autorité parentale

La loi précise aussi que «*Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale (...) risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur (...), le médecin délivre les soins indispensables*» (article L. 1111-4 C. santé publ.).

Le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale

- En principe, toutes les décisions relatives à la santé de l'enfant doivent être prises par les deux parents, quelle que soit leur situation juridique (mariés, pacsés, en union libre, séparés ou divorcés).

Aucun écrit n'est exigé pour formaliser leur consentement, l'autorisation écrite n'étant requise que pour les interventions chirurgicales ou les actes médicaux de gravité comparable.

- Lorsqu'un seul parent est présent, la loi retient **une présomption de consentement des deux parents** : «*à l'égard des tiers de bonne foi (ici : l'hôpital, le médecin,...), chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un **acte usuel** de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant*» (art. 372-2 du code civil).

Actes usuels / actes non usuels et forme du consentement

- En matière médicale, on considère généralement que les **actes usuels** sont les actes médicaux sans gravité, notamment les soins obligatoires (comme certaines vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes, soins dentaires courants...), les soins habituels (maladies infantiles ordinaires) ou ceux induits par la poursuite du traitement d'une maladie récurrente (usuel ne voulant pas nécessairement dire bénin).

Dans ce cas, l'autorisation de soins peut n'être demandée qu'à l'un des parents.

- Une **même autorisation initiale** peut par ailleurs valoir pour l'ensemble des actes de soins usuels intervenant dans le traitement.

- L'hôpital pourra vérifier que cette autorisation «générale» est bien signée par l'un des titulaires de l'autorité parentale, par tous moyens (le livret de famille constituant un moyen de vérification possible).

- En revanche, lorsque le mineur nécessite l'intervention d'un acte **non usuel** dans le cadre ou non d'un traitement déjà engagé (nécessité d'une intervention chirurgicale, d'un traitement lourd ou comportant des effets secondaires importants, ou tout acte médical invasif et pratiqué sous anesthésie et de gravité comparable, tels les radiologies interventionnelles ou endoscopies), une **autorisation écrite, explicite (visant l'acte ou l'intervention) et signée des deux parents** est nécessaire.

- Le mineur peut être soumis à l'autorité parentale d'un seul de ses parents, c'est-à-dire dans les cas où sa filiation n'a été établie qu'à l'égard d'un seul parent, où lorsqu'un des parents est décédé ou se trouve privé de l'autorité parentale à titre temporaire ou définitif. Ce parent détenant seul l'autorité parentale, son seul consentement sera requis pour les actes non usuels et plus graves.

- Lorsque le mineur est placé sous tutelle, le consentement est donné par le tuteur pour les actes bénins, et par le conseil de famille pour les actes les plus graves.

- Il résulte de ce qui précède que le mineur, dont l'avis doit être recueilli avant tout traitement important, ne peut en principe (sauf urgence) se présenter de son propre chef, sans consentement des parents connu de l'hôpital, dans un service hospitalier en vue d'y bénéficier d'une consultation ou de soins.

En cas de soins " bénins "

Dans de nombreux cas, cette situation ne présente pas de difficulté, les soins étant programmés en accord avec les parents et l'autorisation a été donnée de façon explicite..

A défaut, pour les soins non urgents, le personnel hospitalier doit s'assurer par tout moyen, notamment par téléphone, que les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'initiative du mineur d'effectuer la consultation et ne s'y sont pas opposés.

Cette possibilité doit être limitée aux cas où il ne peut être procédé autrement : en principe, le patient mineur ne peut bénéficier de soins que s'il est muni d'une autorisation écrite d'un titulaire de l'autorité parentale par laquelle ce dernier indique qu'il est informé de la nature des soins devant être pratiqués, et autorise que ceux-ci soient prodigués en son absence.

Une exception : l'urgence médicale

Si la consultation révèle une **situation d'urgence** (situation rendant nécessaire une intervention médicale immédiate), l'autorisation préalable du (ou des) titulaire(s) de l'autorité parentale n'est pas requise.

Les actes médicaux indispensables doivent être réalisés, quel que puisse être le point de vue ultérieur des parents (*«en cas d'urgence, si [les parents ou le représentant légal du mineur] ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires»* art. R. 4127-42 C. santé publ.).

Parallèlement à l'exécution de ces soins, il convient cependant de tout mettre en œuvre pour tenter de joindre les titulaires de l'autorité parentale afin de les informer de la situation : *«toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue»*. Le médecin appelé à dispenser des soins au mineur doit s'efforcer de prévenir et d'obtenir le consentement du représentant légal.

Par ailleurs, l'équipe médicale doit conserver toutes les indications utiles pouvant rapporter la preuve des moyens mis en œuvre pour tenter de joindre les parents.

Enfin, le procureur de la République doit être avisé en cas d'impossibilité de joindre la famille et *«lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par l'impossibilité de recueillir le consentement du représentant du mineur»* (art. R.1112-35, C. santé publ.).

Les prélèvements

Le prélèvement d'organe

«Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure (...)» (art. L. 1231-2, C. santé publ.).

Les prélèvements de tissus ou de cellules et la collecte de produits du corps humain

- Le principe est qu' *«Aucun prélèvement de tissus ou de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure (...)» (art. L. 1241-2 C. santé publ.).*

Une exception concerne les prélèvements de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse : *«Par dérogation aux dispositions de l'article L. 1241-2, en l'absence d'autre solution thérapeutique, un prélèvement de cellules hématopoïétiques recueillies par prélèvement dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique peut être fait sur un mineur au bénéfice de son frère ou de sa sœur.*

Lorsqu'un tel prélèvement n'est pas possible et en l'absence d'autre solution thérapeutique appropriée, le prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut, à titre exceptionnel, être fait sur un mineur au bénéfice de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce.

Dans tous les cas, ce prélèvement ne peut être pratiqué que sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal du mineur informés des risques encourus par le mineur et des conséquences éventuelles du prélèvement par le praticien qui a posé l'indication de greffe ou par tout autre praticien de leur choix. Le consentement est exprimé devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure au préalable que le consentement est libre et éclairé. En cas d'urgence vitale, le consentement est recueilli, par tout moyen, par le procureur de la République. Le consentement est révocable sans forme et à tout moment.

L'autorisation d'effectuer le prélèvement est accordée par le comité d'experts mentionné à [l'article L. 1231-3](#) qui s'assure au préalable que, notamment au regard des règles de bonnes pratiques mentionnées à [l'article L. 1245-6](#), les conditions de réalisation du prélèvement ne comportent aucun risque pour le mineur compte tenu de son âge ou de son développement, que tous les moyens ont été mis en œuvre pour trouver un donneur majeur suffisamment compatible pour le receveur et que le mineur a été informé du prélèvement envisagé en vue d'exprimer sa volonté, s'il y est apte. En ce cas, le refus du mineur fait obstacle au prélèvement » (art. L. 1241-3, C. santé publ.).

Les dérogations au consentement parental : le consentement du seul mineur aux actes médicaux

Des dispositions légales spécifiques autorisent dans certains cas particuliers, et dans ces seules situations, de délivrer des soins à des mineurs **sans l'autorisation préalable des titulaires de l'autorité parentale**.

Elles confèrent au mineur la possibilité d'une prise en charge confidentielle par l'hôpital, en application du principe du respect de la vie privée et de l'intimité du patient, posé par l'article L.1110-4 du code de la santé publique (on notera que selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le mineur doit bénéficier au même titre que le majeur d'un droit individuel à l'intimité dans le cadre de sa relation thérapeutique). Le mineur peut ainsi revendiquer un **droit particulier au secret** :

- Pour toutes les consultations liées à la prescription, la délivrance ou l'administration de médicaments, produits ou objets contraceptifs, **qui peuvent être délivrés** à titre gratuit par les centres de planification ou d'éducation familiale aux mineures qui désirent garder **le secret** (art. L. 2311-4, C. santé publ.).
- Pour les **consultations** liées à une grossesse dont la mineure désire garder le secret, puisque la mineure est autorisée à garder le secret de son accouchement au même titre qu'une femme adulte (art. 326 du code civil : «accouchement "sous X"»), ou d'une interruption volontaire de grossesse (art. L. 2212-4, C. santé publ. ; [v. fiche n°19 : « la demande d' IVG »](#)).
- Pour le **dépistage de l'infection du VIH, anonyme et gratuit** (art. L.3121-2, C. santé publ.).
- En cas de **demande de secret exprimée par le mineur** (art. L. 1111-5, C. santé publ.) :

«Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix».

Dans ce cas :

- le médecin **«peut» accepter** d'engager les soins dans le secret vis-à-vis des parents, mais il n'y est pas tenu ;
- le médecin est tenu d'engager au préalable un dialogue avec la personne mineure afin de tenter de la persuader de consulter ses représentants légaux. Toutefois, si le mineur persiste dans son refus de les informer, les actes médicaux envisagés peuvent alors être accomplis.

Cependant, afin de préserver les intérêts du mineur et de lui assurer une aide, le mineur a l'obligation de désigner une personne majeure «référente» qui l'accompagnera au cours de sa prise en charge à l'hôpital.

- Le mineur bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) (art. L. 1111-5, C. santé publ.)

*«Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, **son seul consentement est requis**».*

*«Les personnes mineures **ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus**, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3 (...)»(art. L. 861-1 C. sécu. soc.).*

Références

- Article L 1111-5 du code de la santé publique
- Article 85, 91, 92, 94, 132, 134 du règlement intérieur de l'AP-HP
- Décret n° 2000-842 du 30 août 2000 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale
- Guide AP-HP «L'enfant, l'adolescent à l'hôpital» (2002)
- Haute autorité de santé (HAS), Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010, décembre 2011
- Haute autorité de santé (HAS), Recommandation de bonnes pratiques pour les professionnels de santé relative à la délivrance à une personne de l'information sur son état de santé, mai 2012, p. 9-10

37 – Le refus de soins

Pour aller à l'essentiel...

- Lorsque la vie du patient n'est pas en danger, il convient de se référer à la [fiche n° 46 «les sorties contre avis médical»](#),
- Dans certaines circonstances, une équipe médicale peut être confrontée à un refus du patient (ou des ses parents ou encore de son tuteur) de se soigner, alors même que des soins paraissent manifestement nécessaires,
- Il convient de distinguer plusieurs cas différents : celui de la personne majeure, celui du mineur, du majeur sous tutelle ou celui de la personne en fin de vie,
- La volonté de la personne doit être respectée. Dans des circonstances et des conditions strictes et cumulatives, le médecin peut toutefois passer outre le refus de soins.

Le cas de la personne majeure

L'article L. 1111-4 du code de la santé publique dispose que : «*Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*

*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. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. (...) Aucun acte 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** (...).*

Lorsque la vie du patient n'est pas en danger, il convient de se référer à la fiche n°45 «les sorties contre avis médical»

Le fait que le patient refusant des soins en vienne à se placer ainsi, le cas échéant, en danger, mérite en revanche la plus grande attention.

Recommandations face à un refus de soins lorsqu'il met en jeu le pronostic vital :

Si la faculté de passer outre le refus de soins et de ce fait de porter atteinte aux droits fondamentaux du patient est reconnue, elle est subordonnée à de **strictes et cumulatives** conditions :

- le médecin doit **tout mettre en œuvre** pour s'efforcer de convaincre le patient d'accepter les soins indispensables ;
- l'acte médical est accompli dans le but de **sauver le patient** ;
- le patient doit se trouver dans une **situation extrême mettant en jeu le pronostic vital** ;
- l'acte médical constitue **un acte indispensable et proportionné à l'état de santé du patient** (absence d'alternatives thérapeutiques) (Conseil d'Etat, Ordonnance du 16 août 2002).

Ce type de situations doit être géré avec la plus grande rigueur.

Cas de la personne mineure ou majeure sous tutelle

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être recherché de manière systématique s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à toute prise de décision concernant sa santé.

S'agissant du refus d'un traitement effectué sur un mineur ou un majeur sous tutelle, l'article L. 1111-4 du code de la santé publique dispose que :

«Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables».

Recommandations

Dans ce cas précis, il n'est donc pas nécessaire de saisir le Parquet ou le Juge des enfants.

L'équipe médicale doit s'efforcer de convaincre le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur de l'utilité des soins proposés ainsi que de l'absence d'alternatives thérapeutiques dans le traitement proposé. La décision médicale l'emporte.

Cas de la personne en fin de vie

L'article L. 1111-10 du code de la santé publique énonce que *«lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix»*. Dans ce cas, des soins palliatifs doivent être organisés, en accord avec le patient.

Références

- Article L. 1111-4 du code de la santé publique,
- Article 131 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

38 – La communication du dossier médical

Pour aller à l'essentiel...

- Les patients (ou le cas échéant, les titulaires de l'autorité parentale et, sous certaines conditions, les ayants droit en cas de décès) ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues par l'hôpital. Ils peuvent y accéder, suivant leur choix **directement ou par l'intermédiaire d'un praticien qu'ils désignent**, et en obtenir communication.
- Les informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant des tiers ne sont pas communicables au patient

Composition du dossier médical

Le dossier médical est constitué **a minima** des pièces suivantes :

- **les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'hôpital, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier :**

Lettre du médecin à l'origine de la consultation ou de l'admission, motifs d'hospitalisation, recherche d'antécédents et de facteurs de risques, conclusions de l'évaluation clinique initiale, informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation (état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, etc.), dossier d'anesthésie, compte rendu opératoire, consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire, mention des actes transfusionnels pratiqués, copie de la fiche d'incident transfusionnel le cas échéant, dossier de soins infirmiers, correspondances échangées entre professionnels de santé ...

- **les informations formalisées établies à la fin du séjour :**

Compte rendu d'hospitalisation, lettre de sortie, prescription et modalités de sortie, fiche de liaison infirmière...

Attention ! Les informations **recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant des tiers ne sont pas communicables au patient.**

Par ailleurs, les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers (professionnels ou non). Ces notes, prises par le médecin pour son seul usage (par ex. : hypothèses de travail, notes prises dans le cadre d'une étude comparative), n'ont pas à figurer dans le dossier médical du patient.

Procédures pour l'accès aux documents

Deux modalités d'accès au dossier médical sont prévues, au choix du patient :

- l'accès **direct de la personne** aux informations médicales contenues dans son dossier. Conformément à la loi, l'hôpital doit cependant proposer au demandeur un «accompagnement médical» (c'est-à-dire la présence d'un médecin).
- l'accès **par l'intermédiaire d'un médecin**.

La loi prévoit que « *la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée* ». Dans cette hypothèse, les informations seront communiquées dès que le demandeur aura exprimé son acceptation ou son refus de suivre cette recommandation.

Un **délai de réflexion préalable de 48 heures** doit être respecté (pas de remise immédiate en principe). Les informations doivent être communiquées au patient dans un délai de **8 jours** à compter de la date de réception de sa demande. Ce délai est porté à **deux mois** pour des informations médicales datant de **plus de cinq ans** (la période de cinq ans a pour point de départ la date à laquelle l'information médicale a été constituée) **ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie**.

Pour obtenir communication de son dossier médical, le patient doit formuler sa **demande au directeur de l'hôpital** ou à la personne que l'hôpital a le cas échéant désignée à cet effet.

Le destinataire de cette demande doit, **avant toute communication**, s'assurer de l'identité du demandeur ou s'informer de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire.

Deux modes de transmission du dossier médical sont prévus :

- **une consultation des informations sur place**, gratuite, avec remise le cas échéant de copies de documents ;
- **l'envoi de copies des documents**. Seuls les frais de photocopies seront facturés au demandeur, ainsi que les frais de port si le patient sollicite un envoi de son dossier médical. Dans tous les cas (sauf le cas échéant pour certains clichés), l'hôpital conserve les documents originaux.

Pour les clichés d'imagerie, une reproduction peut être délivrée aux patients qui le demandent, sans redevance supplémentaire.

Attention !

En cas de nécessité, des **clichés originaux** peuvent être transmis :

- Pour les clichés réalisés dans le cadre des consultations externes, ils sont remis soit au patient, soit au médecin prescripteur ;
- Dans les autres cas :
 - faire alors signer au patient ou à son représentant un récépissé précisant qu'il devient le seul dépositaire de ces documents,
 - lorsque la remise se fait par courrier, rédiger un courrier d'accompagnement (recommandé avec accusé de réception), daté et signé, listant les documents ainsi remis,
 - conserver une copie du récépissé et du courrier d'accompagnement dans le dossier médical du patient.

Lorsque le demandeur n'a pas exprimé clairement le mode de communication choisi, l'hôpital doit informer le demandeur des différentes modalités de communication ouvertes par la réglementation et lui indiquer celle utilisée à défaut de choix de sa part. Si le demandeur, au terme du délai de huit jours ou celui de deux mois, ne s'est toujours pas exprimé quant aux modalités de communication, les professionnels de santé doivent mettre à sa disposition les informations sous la forme qu'ils lui avaient précédemment indiquée.

Cas particuliers de consultation du dossier médical

Les personnes soignées sans leur consentement pour troubles mentaux

La consultation des informations recueillies dans le cadre de soins sur demande d'un tiers, sur demande du représentant de l'Etat ou à la suite d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale, peut être subordonnée à la **présence d'un médecin** désigné par le demandeur.

Cette procédure ne peut être légalement imposée au patient que :

- à titre exceptionnel,
- en cas de risques d'une gravité particulière.

En cas de refus du demandeur de désigner un médecin, il revient à l'hôpital ou à l'intéressé de saisir la **Commission départementale des soins psychiatriques**. Cette commission rend alors un avis qui s'impose à l'hôpital comme au demandeur.

Les patients mineurs

Le droit d'accès aux informations médicales est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. Toutefois, si le mineur en fait la demande, l'accès aux informations relatives à sa santé et à ses soins a lieu par l'intermédiaire d'un médecin, désigné par le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale.

Par dérogation au principe ci-dessus énoncé, lorsque, à sa demande conformément aux dispositions de l'article L. 1111-5 C. santé publ. (v. fiche n° 35 : «le consentement du patient mineur»), le mineur a été pris en charge sans le consentement de ses représentants légaux, il **peut s'opposer** à ce que ceux-ci accèdent aux éléments du dossier médical concernant cette prise en charge.

Attention ! Lorsqu'un des parents demande communication du dossier médical de son enfant, les informations concernant l'autre parent ne lui sont pas communicables, car elles concernent un tiers (par ex. ce que le père de l'enfant aurait pu confier sur l'attitude de la mère et inversement). Si la demande est conjointe, les parents ont communications des éléments les concernant l'un et l'autre.

Les patients majeurs protégés

A la différence des autres régimes de protection (sauvegarde de justice, curatelle, qui ne modifient pas l'exercice du droit de la personne protégée sur sa santé), dans le cadre d'une tutelle, **le droit d'accès aux informations médicales est exercé par le tuteur.** Le majeur sous tutelle ne peut donc avoir communication directe de son dossier médical, en revanche il reçoit une information sur sa santé selon son degré de discernement.

Le dossier médical d'un patient décédé

Le décès du patient n'ouvre pas un droit absolu à la famille ou aux proches d'accéder au dossier médical, ni plus généralement aux informations concernant la santé des patients.

L'article L.1110-4 du code de la santé publique énonce cependant que *«le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit...»*

Il précise que **sauf volonté contraire du défunt** exprimée de son vivant, l'accès de ses ayants droit à son dossier médical n'est possible que lorsque ces informations sont nécessaires afin de :

- connaître les causes de la mort,
- défendre la mémoire du défunt,
- faire valoir leurs droits.

Ainsi, l'ayant droit du patient décédé **doit préciser** lors de sa demande **le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance de ces informations. Seules les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par l'ayant droit lui sont communicables.**

Il convient donc, dans cette situation, de procéder au tri préalable des pièces constitutives du dossier pour ne transmettre que celles qui concernent l'objectif poursuivi.

A cet égard, la CADA a considéré que «si l'objectif relatif aux causes de la mort n'appelle, en général, pas de précisions supplémentaires, (...) il appartient au demandeur de préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant» (CADA, 17 nov. 2011, n° 20114359).

Tout refus opposé à l'ayant droit doit être **motivé**. Toutefois, ce refus ne fait pas obstacle à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical (par ex. un document attestant que *les causes de la mort n'entrent pas dans les cas d'exclusion d'une police d'assurance*).

Cas particulier : communication des informations médicales à un mandataire

Le Conseil d'Etat (arrêt du 26 septembre 2005) a précisé qu'un patient, lorsqu'il souhaite accéder à des informations médicales le concernant, peut recourir à un mandataire.

Il convient alors :

- de vérifier l'identité du mandataire (copie de sa pièce d'identité)
- d'obtenir un mandat exprès du patient (ou le cas échéant de l'ayant droit).

Le mandat doit être formulé par écrit et de façon à ce que la volonté du patient apparaisse sans ambiguïté.

Exemple :

«Je soussigné(e) (nom, prénoms, adresse...), mandate M. nom, prénoms, adresse... pour recevoir copie de mon dossier médical/de (tels éléments) de mon dossier médical, date et signature».

Le mandataire peut être toute personne désignée par le patient.

Ces dispositions s'appliquent sans modifier les règles par lesquelles le patient doit lui-même justifier de son identité (et le cas échéant pour l'ayant droit de sa qualité).

La notion d'ayant droit

Conformément aux articles 731 et suivants du code civil, la qualité d'ayant droit d'un patient décédé (voir CADA 5 avril 2012, avis n° 20121675) trouve à s'appliquer, pour l'accès au dossier médical, aux personnes suivantes :

- le **conjoint survivant** ;
- les **héritiers** (ceux qui succèdent au défunt en vertu de la loi : 1° Les enfants et leurs descendants ; 2° Les père et mère ; les frères et sœurs et les descendants de ces derniers ; 3° Les ascendants autres que les père et mère ; 4° Les collatéraux autres que les frères et sœurs et les descendants de ces derniers. Chacune de ces quatre catégories constituant un ordre d'héritiers qui exclut les suivants) ;
- ou les **légataires** (ceux qui succèdent au défunt par l'effet d'un testament).

Le partenaire d'un **PACS** et le **concubin** ne sont pas considérés en droit français comme des héritiers : ils sont, de ce fait, considérés comme des **tiers** à la succession du défunt. Néanmoins, ces personnes pourront avoir accès au dossier médical du défunt à condition que celui-ci les ait expressément, et de son vivant, institués légataires par l'effet d'un testament.

En tout état de cause, toute personne qui veut se prévaloir d'un droit d'accès au dossier médical d'une personne décédée doit rapporter la **preuve, par tout moyen, de sa qualité d'ayant droit**, en produisant un livret de famille, un certificat d'hérédité voire, si nécessaire, un acte de notoriété, établi par un notaire ou un magistrat, prouvant par écrit l'existence d'une situation juridique ou faisant état de déclarations de plusieurs personnes attestant de faits notoirement connus.

Références

- Article L. 1111-7 du code de la santé publique,
- Article R. 1112-2 du code de la santé publique,
- Articles 116 et 117 du règlement intérieur de l'AP-HP,
- HAS, Recommandations pour la pratique clinique. Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement (2005),
- CNEH, Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient (2011).

Demande de communication de documents médicaux
(à adresser au médecin chef du service concerné ou au directeur de l'hôpital)

Je soussigné(e), M./Mme (nom de naissance, prénom; pour les personnes mariées, précisez le nom d'usage)

Né(e) le Tél. Domicilié(e)

Le cas échéant : père, mère, représentant légal de (nom, prénom du patient)

Né(e) le

demande à obtenir communication des documents suivants :

- ☐ le compte rendu de l'hospitalisation du au
- ☐ les pièces essentielles du dossier médical
- ☐ autres documents

établi(s) par l'hôpital

- ☐ à mon nom
- ☐ ou au nom de

(mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal ou l'ayant droit)

selon les modalités suivantes :

- ☐ remise sur place à l'hôpital
(prendre rendez-vous avec le service en précisant si vous souhaitez la présence d'un médecin en particulier)
- ☐ envoi postal à M., Mme (nom, prénom, adresse)
- ☐ envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse)

motif de la demande (pour le dossier d'un patient décédé)

Date Signature

Renseignements facilitant la recherche du dossier

(dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, n° d'identification)

- Pour un envoi postal, merci de joindre une photocopie de votre pièce d'identité et s'il y a lieu, tout document attestant de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit du patient.
- Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation.

39 – La personne de confiance

Pour aller à l'essentiel....

Lors d'une hospitalisation, toute personne majeure doit être en mesure après information du personnel médical de désigner une personne de confiance. Celle-ci peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

La personne de confiance peut intervenir dans trois situations :

- les soins courants (articles L. 1110-4, L. 1111-4 et L. 1111-6, C. santé publ.)
- la recherche biomédicale (article L. 1122-1-2, C. santé publ.).
- les soins délivrés aux patients en fin de vie (articles L. 1111-10, C. santé publ.)

Désignation

- L'identité de la personne de confiance **doit figurer au dossier du patient** ainsi que ses **coordonnées** pour la joindre le plus facilement possible. Les demandes particulières du patient relatives à cette personne de confiance doivent également figurer dans le dossier médical.
- La désignation de la personne de confiance est **valable pour la durée de l'hospitalisation**, à moins que le malade n'en dispose autrement. De même, le patient peut à tout moment mettre un terme à cette désignation auprès du personnel hospitalier ou désigner une autre personne. Toute modification figurera dans son dossier médical.
- La désignation d'une personne de confiance n'a pas pour effet de restreindre l'information qui doit être donnée aux proches, et notamment à **la personne à prévenir** que le patient est appelé à désigner dès son admission, pour le cas d'aggravation de son état de santé ou pour toute autre nécessité.

La personne de confiance peut être le médecin traitant (libéral ou hospitalier). En revanche, il est préférable que le médecin désigné comme personne de confiance ne soit pas le médecin qui délivre les soins.

Rôle

La personne de confiance ne représente pas le malade. En effet, la loi ne l'a pas investie d'un pouvoir de décision. Si le patient le souhaite, la personne de confiance **l'accompagne** dans ses démarches et **assiste** aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Son **avis** doit être recueilli dans certaines situations (voir ci-après).

Personne de confiance et secret médical

Le personnel hospitalier **ne doit pas divulguer** des informations qui lui ont été confiées par le patient et que celui-ci souhaite demeurer confidentielles à la personne de confiance

Ainsi, la personne de confiance n'a **pas accès au dossier médical** du patient.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la personne de confiance reçoive, au même titre que les membres de l'entourage proche du patient et sauf opposition de celui-ci, les informations nécessaires pour le soutenir et l'accompagner.

La personne de confiance doit agir **dans l'intérêt** du patient. Son assistance doit ainsi être **proportionnée** aux besoins du patient et favoriser le bon déroulement de l'entretien médical, qui demeure en principe individuel.

Personne de confiance et tutelle

Le rôle de la personne de confiance **prend fin** dès lors que le patient est placé sous le régime de la tutelle. Le juge des tutelles peut cependant en décider autrement et confirmer la mission de la personne de confiance. A contrario, il peut révoquer la désignation de la personne de confiance.

Une personne sous curatelle, sous sauvegarde de justice ou une personne «fragile» a la possibilité de désigner une personne de confiance.

Personne de confiance et recherches biomédicales

Dans le cas de recherches biomédicales à mettre en œuvre dans des situations d'urgence ne permettant pas de recueillir le consentement préalable du patient, le consentement «*des membres de sa famille ou celui de la personne de confiance*» est sollicité (art. L. 1122-1-2, C. santé publ.).

Il s'agit du seul cas où la personne de confiance peut consentir pour le patient et n'est pas seulement consultée.

Personne de confiance et patient en fin de vie

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance, **l'avis de cette dernière**, sauf urgence ou impossibilité, **prévaut sur tout autre avis non médical**, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin (art. L. 1111-12, C. santé publ.)

Références

- Articles L. 1110-4, L. 1111-4, L. 1111-6, L. 1111-10 et s., L. 1122-1-2 du code de la santé publique,
- Article 119 du règlement intérieur de l'AP-HP.

Hôpital:

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

(art. L. 1111-6 du code de la santé publique)

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse)

.....

désigne M., Mme

(nom, prénom, adresse, tél., fax, e-mail)

.....

lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant)

.....

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

☐ pour la durée de mon hospitalisation

☐ pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que M., Mme

- pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche biomédicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté

- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin

- sera informée par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Fait à..... Le

Signature

40 – Le secret médical et professionnel

Pour aller à l'essentiel...

- Le secret professionnel s'impose à tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'hôpital.
- Le secret est un principe fondamental dont on ne peut déroger que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi.

Les principes

(art. L. 1110-4, C. santé publ.)

Sauf dérogations prévues par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, c'est à dire ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris . Le secret médical doit également être maintenu à l'égard des proches du patient.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

En cas de décès du patient, certaines informations peuvent toutefois être transmises à ses ayants droit dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (voir [fiche n° 37 « Communication du dossier médical »](#)).

Obligations des médecins et du personnel soignant

Tout médecin a l'**obligation professionnelle** de maintenir le secret médical sur les informations médicales et personnelles qu'il a recueillies auprès du patient.

Est punie «d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende» , toute «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» (art. 226-13 du code pénal).

Néanmoins, la loi française autorise les médecins à déroger au secret médical dans certains cas. L'article 226-14 du Code pénal énonce ainsi que «l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret».

Attention : Les établissements de santé garants du secret médical doivent assurer un contrôle strict relatif à l'identité du destinataire d'informations sur la santé d'un patient.

Article 226-14 du code pénal

*«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 privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire».

Les applications à l'hôpital

Dans certaines situations, la loi prévoit que le secret puisse être partagé :

Partage du secret médical au sein d'une équipe médicale

La loi prévoit que :

«Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent (...), sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible», et que par ailleurs,

«Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe» (art. L. 1110-4, C. santé publ.).

Protection du secret médical lors de transmission d'informations médicales par voie électronique entre professionnels de santé

La transmission d'informations médicales est autorisée par voie électronique entre professionnels de santé ayant pris en charge le même patient.

Ce partage d'informations permet ainsi la continuité des soins dans de meilleures conditions. L'Ordre des médecins a émis une série de recommandations dont il est indispensable de tenir compte, tant pour l'émission du message qu'à sa réception (v. Bull. de l'Ordre des médecins, avril 1996 ; l'art. 73 du Code de déontologie médicale oblige de manière générale le médecin à protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes soignées ; art. R. 4127-73, C. santé publ.).

Communication d'informations médicales à des professionnels de la santé du fait de leurs missions

Dans le strict cadre de leurs missions et dans le respect des règles déontologiques, les médecins-conseils de l'assurance maladie, les médecins experts de la Haute autorité de santé (HAS), les inspecteurs de l'Agence régionale de santé (ARS) ayant la qualité de médecin, ainsi que les médecins de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sont autorisés à accéder aux données médicales contenues dans les dossiers médicaux de tout patient.

Le secret médical est ainsi étendu à des médecins différents de ceux qui prennent en charge le malade.

Références

- Articles L.1110-4 et L.1112-1 du code de la santé publique,
- Articles 226-13 et 226-14 du code pénal,
- Articles 4 et 45 du Code de déontologie médicale,
- Articles 121 et 217 du règlement intérieur de l'AP-HP,

[v. fiche n° 38 : «la communication du dossier médical».](#)

41 – La demande du dossier médical sur réquisition ou perquisition

Il résulte de la loi du 9 mars 2004 (dite loi «Perben II») que dans le cadre d’une procédure pénale, il ne peut être donné suite à la sollicitation d’un dossier médical ou d’une partie de celui-ci que dans deux hypothèses :

- soit la réquisition,
- soit la «perquisition – saisie».

Dans ces deux situations, il convient d’assurer, dans le respect des activités de chacun, une coopération efficace et rationnelle entre les autorités judiciaires, les forces de police ou de gendarmerie d’une part, et les hôpitaux, les praticiens de l’AP-HP, d’autre part.

Attention : La loi «Perben II» n’a pas eu pour objet de modifier les dispositions du Code de la santé publique relatives à la communication du dossier médical dès lors qu’il est demandé par le patient (art. L.1111-7, C. santé publ., v. fiche n° 37 : «la communication du dossier médical»).

Rappel des procédures concernées :

1. L’enquête préliminaire : articles 76 et 77-1-1 du code de procédure pénale

Cette enquête est effectuée par le Procureur de la République, ou sur son autorisation, par un officier de police judiciaire (OPJ).

2. L’enquête de flagrance : articles 56 à 59 et 60-1 du code de procédure pénale

Cette enquête est effectuée sous la direction d’un OPJ et également sous le contrôle du parquet.

3. L’instruction : articles 81, 94, 96 et 99-3 du code de procédure pénale

Cette enquête est effectuée sous la direction d’un juge d’instruction ou par un OPJ sur commission rogatoire délivrée par ce juge.

La sollicitation du dossier médical par réquisition

Définition

La réquisition est l’acte par lequel l’autorité judiciaire et/ou les forces de police ou de gendarmerie sollicite un médecin ou un établissement de santé aux fins de se faire remettre par exemple tout ou partie d’un dossier médical.

Formalisme

Les dispositions légales n'imposent aucun formalisme particulier aux réquisitions. Si le plus souvent celles-ci feront l'objet d'un document écrit remis ou adressé à la personne concernée, rien n'interdit qu'un enquêteur procède à des réquisitions orales. Cependant, dans toute la mesure du possible, il convient de demander au service de police la délivrance d'un document écrit.

Lorsque la réquisition concerne des documents médicaux, elle doit s'adresser à un médecin ou, si le directeur de l'établissement est requis, porter la mention «ou toute personne désignée par lui». **La remise des documents ne peut en effet intervenir qu'avec l'accord du médecin.** Cette acceptation ne lui fait pas commettre l'infraction de violation du secret professionnel.

Si le médecin refuse de répondre favorablement à la réquisition, il ne commet pas non plus l'infraction de s'abstenir de répondre dans les meilleurs délais aux réquisitions.

Le praticien a donc le droit en conscience d'accepter ou de répondre par un refus à des réquisitions judiciaires. Néanmoins, un refus opposé par le médecin l'expose à une perquisition et saisie du dossier médical qui aura lieu sans son consentement, dans les formes légales du code de procédure pénale .

Le Procureur de la République peut également ouvrir une information en saisissant un juge d'instruction qui agira, pour le dossier médical, soit par commission rogatoire soit en se déplaçant lui même. Cette procédure est plus lourde et décharge le Procureur de la République les suites de l'enquête.

Rôle de l'hôpital

- l'administrateur de garde, s'il en a la possibilité, doit demander la qualité (carte professionnelle notamment) de la personne qui sollicite le dossier médical.
- le médecin requis doit en informer la direction de l'hôpital **dans les meilleurs délais.**
- Une copie des pièces ou du dossier médical dans son entier doit être systématiquement effectuée et conservée au sein du service d'origine. **La DAJ doit être informée de cette réquisition.**

Cette copie servira notamment en cas de sollicitation par le patient des informations médicales le concernant.

Elle est également essentielle à la défense des intérêts de l'AP-HP et des praticiens, pour le cas d'une mise en cause pénale ultérieure.

Délivrance du dossier médical au cours d'une «perquisition – saisie»

Définitions

La perquisition est un droit donné à l'autorité judiciaire (et/ou aux forces de police ou de gendarmerie) de rechercher au sein de l'hôpital les éléments de preuve de la commission d'une infraction et notamment, le dossier médical.

La saisie est un acte par lequel l'autorité judiciaire (et/ou les forces de police ou de gendarmerie) place sous main de justice des objets (dont le dossier médical) trouvés au cours de la perquisition, en dresse inventaire et y appose un scellé.

Le plus souvent, ce type d'investigations a lieu dans le cadre d'une instruction confiée à un juge d'instruction.

Rappel : la perquisition est effectuée sous la direction d'un magistrat, ou sur commission rogatoire délivrée par ce dernier, par un officier de police judiciaire (OPJ).

Un procès verbal est dressé par l'OPJ. Il n'est pas délivré copie de ce document.

Conditions de la perquisition et de la saisie

Quatre conditions sont prévues :

«Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin (...) sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant» (article 56-3 du code de procédure pénale).

- **la présence d'un magistrat :**

Le magistrat doit en principe être personnellement présent et se déplace à l'hôpital. Mais il peut également déléguer ses pouvoirs à un OPJ par le biais d'une commission rogatoire. Dans ce cas, l'OPJ représente le magistrat et dispose de l'ensemble de ses prérogatives.

- **la présence d'un représentant de l'ordre national (ou départemental) des médecins :**

Cette présence est nécessaire pour assurer le respect du secret médical, et éviter la consultation de documents médicaux concernant des patients non concernés par la procédure.

- **la présence du médecin concerné** (art. 57 et 96 du code de procédure pénale) :

En principe, le praticien hospitalier ou le chef de service ou le responsable de pôle concerné doit être présent lors de la perquisition.

A titre subsidiaire et en cas d'absence du médecin dépositaire du dossier médical sollicité, la perquisition et la saisie ne peuvent avoir lieu que si deux personnes désignées en qualité de témoins sont présentes.

- **L'accord du médecin concerné par l'opération**

Dans le cadre de l'enquête préliminaire, la perquisition – saisie ne peut avoir lieu qu'avec l'assentiment du médecin concerné (sauf décision du juge des libertés et de la détention).

Dans les autres procédures (enquête de flagrance et instruction), cet assentiment n'est pas requis.

Rôle de l'hôpital

- *L'administrateur de garde, s'il en a la possibilité, doit demander la carte professionnelle de la personne qui sollicite le dossier médical.*

- le médecin concerné doit informer la direction de l'hôpital de la perquisition-saisie dans les meilleurs délais ;

- la direction de l'hôpital concerné est tenue d'informer la DAJ par télécopie (fax : 01.40.27.38.27) confirmée par courrier.

Une copie des pièces ou du dossier médical dans son entier doit être systématiquement effectuée et conservée au sein du service d'origine (attention : la réalisation de la copie des pièces saisies, voire le cas échéant de la totalité du dossier, doit être effectuée même si la perquisition n'est pas en lien avec la prise en charge médicale et concerne des faits extérieurs à l'AP-HP). Il convient d'insister auprès des fonctionnaires de police le cas échéant, susceptibles de refuser d'attendre la réalisation des copies. Ou de prévoir une copie avant même que la saisie n'ait lieu, si elle est programmée.

Cette copie servira notamment en cas de sollicitation par le patient des informations médicales le concernant.

Elle est également essentielle à la défense des intérêts de l'AP-HP et des praticiens en cas de mise en cause pénale éventuelle.

L'article 96 du code de procédure pénale prévoit la présence de deux témoins. Il est recommandé que ce soit un représentant de l'administration hospitalière et un médecin du service concerné.

Réquisitions. Cas particuliers

- **La réquisition porte fréquemment sur le point de savoir si telle personne a été hospitalisée dans l'établissement à telle date :**

Il s'agit d'un renseignement purement administratif qui peut être donné aux services demandeurs.

Sauf urgence, il est souhaitable d'entrer en contact immédiatement avec la Direction des affaires juridiques - DAJ (tél. : 01 40 27 34 14).

- **La réquisition vise à obtenir une liste générale et indéterminée de personnes hospitalisées à une date déterminée :**

Ces renseignements peuvent être donnés aux services requérants. Cependant, la généralité des termes (termes trop vagues...) de la demande comme les éléments identifiants requis (âge, couleur de peau, données morphologiques, nature de la pathologie...) peuvent conduire à faire préciser la réquisition ou, en cas de motif légitime établi, à s'y opposer.

Dans toute la mesure du possible, il est souhaitable de prendre contact avec la DAJ.

- **A partir d'une affection donnée, la réquisition vise à obtenir l'identité d'une personne hospitalisée :**

C'est certainement là l'hypothèse la plus délicate.

Il est conseillé de varier la réponse selon que la personne recherchée est la victime ou l'auteur présumé de l'infraction. Si elle est victime, il est préférable de répondre, car cela va dans le sens de ses intérêts. Si elle est encore présente dans l'hôpital et si cela est possible, son accord sera au préalable sollicité.

La gravité de l'infraction commise, sur laquelle il convient d'interroger les fonctionnaires de police peut être un autre élément d'appréciation, sans oublier que la loi prévoit la dénonciation des crimes et des délits à certaines conditions. Et sans oublier que l'article 186 du règlement intérieur type de l'AP-HP relatif à la mort suspecte dispose que *«en cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur de l'hôpital (du groupe hospitalier), prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire»*.

- **La réquisition porte sur un renseignement d'ordre médical, telle la description des blessures d'une personne hospitalisée :**

Suivant la nature de l'enquête, la réponse à apporter varie (voir ci-dessus) notamment quant au fait que la personne hospitalisée est victime d'une infraction commise hors de l'hôpital et qu'elle a déposé plainte ou veut le faire, ou qu'elle est particulièrement vulnérable en raison de son état physique ou mentale, ou selon que cette personne victime hospitalisée doit ou non parallèlement être examinée par un service des UMJ qui appréciera ses blessures et l'ITT qui en résulte, etc

Références

- Articles 56 à 59, 60-1, 76, 77-1-1, 81, 94, 96, 99-3 du code de procédure pénale
- Article 82 du règlement intérieur de l'AP-HP

42 – L’audition de patients majeurs

Pour aller à l'essentiel...

- Les officiers ou agents de police judiciaire sur délégation ne peuvent se voir opposer de refus à l'audition d'une personne hospitalisée, **hormis pour des raisons médicales liées à l'état de santé du patient**.
- Le directeur de l'hôpital (ou l'administrateur de garde) **doit être informé** de toute **audition**. Les enquêteurs sont également tenus de produire une pièce justificative à l'appui de leur démarche et d'informer les médecins du service d'une telle **audition**.

Trois situations peuvent se présenter :

1. Dans le cadre d'une enquête préliminaire (art. 75 et suivants du code de procédure pénale) :

Lorsque les officiers de police judiciaire souhaitent procéder à l'audition d'un patient au stade de l'enquête préliminaire, ils doivent s'assurer auprès de l'administration de l'accord de celui-ci. La direction de l'hôpital n'a pas à donner son autorisation. Seule la volonté du patient ou l'avis du chef de service sur un état de santé incompatible avec l'audition permettent ou non à la police judiciaire de procéder à l'audition.

2. Dans le cadre d'un flagrant délit (art. 53 et suivants du code de procédure pénale) :

L'audition des patients n'est soumise à aucune autorisation ni accord préalable.

S'il est de règle que le directeur d'hôpital (ou l'administrateur de garde) soit prévenu par la police de l'accomplissement de ces actes au sein de l'hôpital, il ne peut cependant s'y opposer, ni d'ailleurs le chef du service où est hospitalisé le patient, sauf dans le cas d'un état de santé incompatible avec l'**audition**.

3. Dans le cadre d'une commission rogatoire (articles 81 et 151 à 155 du code de procédure pénale)

Les officiers de police judiciaire peuvent sans aucun obstacle, entendre les personnels hospitaliers et les patients et procéder au sein de l'hôpital à des perquisitions ou saisir des pièces de dossiers médicaux.

Il est possible pour l'administration ou pour le médecin de demander lecture et de relever les références de la commission rogatoire :

- nom du juge,
- numéro de la commission rogatoire,
- nom de la personne contre laquelle l'information est diligentée.

Les OPJ peuvent solliciter avant l'audition d'une personne hospitalisée, l'avis du médecin présent dans le service sans que cette demande constitue pour eux une obligation légale.

Références

- articles 53 et suivants, 62 et suivants, 81 et 151 à 155 du code de procédure pénale,
- lettre DH – AF1 n° 316 du 2 juin 1998 relative à l'intervention des services de police dans un établissement public de santé,
- article 103 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

Lexique

• Enquête préliminaire

Article 75 et suivants du code de procédure pénale

Enquête caractérisée par l'absence de pouvoir coercitif des forces de police. Le témoin est libre de répondre ou non à ces questions. Toute entrée de la police judiciaire dans les locaux de l'hôpital en vue de l'exécution d'une réquisition judiciaire est soumise à l'accord préalable, soit du directeur de l'hôpital (ou de l'administrateur de garde), soit de la personne concernée par la demande d'informations.

• Enquête de flagrance

Articles 53 et suivants du code de procédure pénale

L'infraction flagrante est celle qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Enquête caractérisée par les pouvoirs de coercition des officiers de police judiciaire. Les témoins **doivent déposer**, nul obstacle ne pouvant être mis aux perquisitions et aux saisies.

• Commission rogatoire

Articles 81, 151 à 155 du code de procédure pénale

Le juge d'instruction procède à tous les actes utiles à la manifestation de la vérité. Ne pouvant accomplir seul ces actes, le juge d'instruction délivre des **commissions rogatoires** aux officiers de police judiciaire afin de leur permettre de procéder à ces actes.

Les officiers de police judiciaire agissant sur délégation du magistrat instructeur disposent de pouvoirs coercitifs. Ils peuvent ainsi se transporter en tout lieu, procéder à toutes **auditions**.

• Audition

Fait pour un magistrat d'entendre les personnes impliquées dans une procédure judiciaire : adversaires, témoins, experts, etc.

• Témoin

Personne qui expose à la justice des faits dont elle a connaissance. Le témoin doit se rendre aux convocations qui lui sont adressées, et répondre sans ambiguïté, ni omission volontaire aux questions posées par le juge. Il doit indiquer si les faits ou les propos qu'il relate sont intervenus en sa présence. Dans le cas contraire, il doit préciser les conditions et les circonstances dans lesquelles il a connaissance de faits. En cas de déposition mensongère, il s'expose à des poursuites pénales pour faux témoignage.

- **Témoign assisté**

Personne visée par une plainte, mise en cause ou poursuivie par le Parquet sur réquisitoire, convoquée et entendue par le juge d'instruction contre laquelle il existe de simples indices qui rendent vraisemblable qu'elle a commis un **crime** ou un **délit**, sans qu'elle soit mise en examen. Elle a droit d'être assistée par un **avocat** qui a accès au dossier de la procédure, et peut demander à être confrontée avec la ou les personnes qui la mettent en cause. Le témoin assisté ne peut être placé sous **contrôle judiciaire** ou en **détention provisoire**, ni faire l'objet d'une ordonnance de renvoi ou de **mise en accusation** devant le **tribunal correctionnel** ou la **cour d'assises**.

- **Le juge d'instruction**

Il est saisi des affaires pénales les plus complexes (**crimes** et **délits**). Il dirige alors l'action de la **police judiciaire**. Il peut décider de mettre une personne en examen et sous **contrôle judiciaire**. Il rassemble les éléments qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité, dirige les interrogatoires, confrontations et auditions, et constitue le dossier qui sera soumis le cas échéant au **tribunal correctionnel** ou à la cour d'assises.

- **Mise en examen**

Décision du **juge d'instruction** de faire porter ses investigations sur une personne contre laquelle il existe des indices graves ou concordants qui rendent vraisemblable qu'elle ait pu participer, comme auteur ou comme complice, à la réalisation d'un **crime** ou d'un **délit**. A défaut, la personne est entendue comme **témoin assisté**.

La personne «mise en examen» a le droit à un avocat qui peut prendre connaissance du dossier constitué par le juge.

Elle peut également demander au juge de procéder à tout acte lui paraissant nécessaire à la manifestation de la vérité : auditions, confrontations... Le juge peut décider une mesure de **contrôle judiciaire** ou saisir le juge des libertés et de la détention s'il envisage une **détention provisoire**.

43 – L’audition d’un patient mineur

Pour aller à l’essentiel....

- Quel que soit le cadre juridique de l’audition d’une personne mineure au sein de l’hôpital, le personnel médical (chef de service ou autre médecin) doit proposer de manière systématique la présence des titulaires de l’autorité parentale, **sans toutefois imposer cette présence**.

Principes

Les officiers de police judiciaire, ainsi que les agents de police judiciaire agissant sur délégation, **ne peuvent en principe se voir opposer de refus à l’audition d’une personne hospitalisée** et ce, quel que soit son âge, **sauf s’il existe une contre indication médicale** n’autorisant pas les officiers de police judiciaire à intervenir.

Le directeur de l’hôpital (ou l’administrateur de garde) doit être informé de l’audition envisagée par les forces de police. Les officiers de police judiciaire sont par conséquent tenus de présenter une pièce justificative et d’informer le médecin responsable du service, ou à défaut, les médecins du service concerné d’une telle audition.

Applications

Différentes situations peuvent ainsi se présenter :

- **Dans le cadre d’une enquête préliminaire** (art. 75 et suivants du code de procédure pénale), lorsque les officiers de police judiciaire souhaitent procéder à l’audition d’un patient mineur, ils doivent au préalable s’assurer auprès de l’administration de l’hôpital de l’accord de celui-ci.

Lorsque le mineur a donné son accord, il est alors entendu en qualité de témoin. **Il doit, autant que possible, être accompagné d’un titulaire de l’autorité parentale.**

- **Dans le cadre d’une enquête de «flagrance»** (art. 53 et suivants du code de procédure pénale), le mineur peut être entendu sans que le directeur de l’hôpital puisse s’y opposer, **à l’exception d’un état de santé incompatible avec son audition.**

- **Dans le cadre d’une commission rogatoire** (art. 81 du code de procédure pénale). Avant toute audition, les OPJ peuvent solliciter l’avis du médecin présent dans le service hospitalier **sans que cette demande constitue pour autant une obligation légale**. En principe, le patient est entendu, sans aucun obstacle.

44 – La fouille de la chambre d'un patient

Pour aller à l'essentiel...

- La chambre d'hôpital est considérée comme **un endroit privatif** dans lequel on n'accède qu'avec le consentement du patient qui l'occupe.
- Ce principe ne peut faire obstacle à ce qu'une inspection et une fouille de la chambre puisse être effectuée pour les nécessités du service.

Principe

La chambre d'hôpital se définit aujourd'hui, sur le fondement de plusieurs textes nationaux (notamment les dispositions du code civil sur le respect de la vie privée) et européens, comme un lieu privatif.

Depuis 1986, elle est considérée comme un lieu ayant **qualité de domicile privé** par la jurisprudence pénale (arrêt Chantal Nobel, Cour d'appel de Paris, 17 mars 1986).

L'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme reconnaît que *«toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance»*.

L'article 147 du règlement intérieur type de l'AP-HP énonce le respect de la personne et son intimité en ces termes : *«les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé»*.

Par conséquent, **une intrusion** dans la chambre d'un patient ou une fouille de ses effets personnels contre sa volonté **constitue en principe une infraction**.

«Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, de s'introduire ou de tenter de s'introduire dans le domicile d'autrui contre le gré de celui-ci hors les cas prévus par la loi est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende» (art. 432-8 du code pénal).

Exception

L'article 42 du règlement intérieur souligne qu'en raison de circonstances exceptionnelles, *«le directeur (de l'hôpital) peut (ainsi) faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles...»*. *«En cas de péril grave et imminent pour le groupe hospitalier, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux ...»*.

A l'appui de ces textes, une intrusion dans la chambre d'un patient pour effectuer une fouille peut donc être justifiée par un danger réel encouru par le patient lui-même.

Exemple : Lorsque le pronostic vital d'un patient est en jeu, le personnel soignant peut fouiller sa chambre à la recherche d'un quelconque indice qui permettrait d'établir un diagnostic précis et pratiquer les premiers soins.

Toutefois, l'accord du patient est le plus souvent recommandé. Le cas échéant, une information précise doit lui être transmise dans les meilleurs délais.

Références

- Article 9 du code civil,
- Article 432-8 du code pénal,
- Articles 42 et 147 du règlement intérieur de l'AP-HP.

45 – Les sorties à l’insu du service : les «fugues»

Pour aller à l’essentiel...

- La «fugue» d’un patient peut constituer une situation grave : la sortie du patient à l’insu du service est susceptible de le mettre en situation de danger. Elle nécessite une prise en charge associant rapidité, réactivité, transparence et tact.
- La gestion de ces situations doit être organisée au sein de l’hôpital par une procédure préétablie.
- La «fugue» doit faire intervenir selon le cas de nombreuses personnes : le personnel hospitalier, l’administrateur de garde ou le directeur, le personnel de sécurité, les forces de police et la famille du «fugueur».
- La «fugue» d’un patient en danger ou présentant un danger pour autrui est susceptible d’engager la responsabilité de l’hôpital, et le cas échéant de ses agents.

Principes

- Les personnes hospitalisées bénéficient comme toute autre personne (et sauf si elles sont mineures, majeures sous tutelle, relevant de soins psychiatriques sous contrainte, gardée à vue, prévenues ou détenues) de la **liberté individuelle d’aller et venir**.

Dans un certain nombre de cas, la décision du patient de sortir de l’hôpital présente toutefois un danger qu’il ne mesure pas forcément. L’hôpital est tenu dans ces situations de le protéger contre les conséquences possibles de cette décision. Cette obligation est renforcée lorsque cette «décision» de sortie du patient provient d’un patient qui présente des troubles cognitifs importants et n’est pas en capacité de mesurer les conséquences de ses actes.

- Les dispositions concernant les sorties à l’insu du service (ou «fugues») concernent principalement les **personnes qui ont été admises administrativement**.

Lorsque la sortie d’un patient à l’insu du service («fugue») est constatée, l’objectif premier est bien entendu de retrouver le patient pour assurer qu’il ne mette en danger ni sa santé, ni sa vie, ni encore celle d’autrui.

Elle peut faire intervenir de nombreuses personnes : le personnel hospitalier, l’administrateur de garde représentant le directeur, le personnel de sécurité, les forces de police, la famille du fugueur...

Le rôle du service :

La première démarche de l’équipe hospitalière doit être d’organiser des recherches au sein du service, du bâtiment, puis de l’hôpital dans son ensemble et de son environnement immédiat si les recherches demeurent infructueuses.

Parallèlement, le responsable du service doit établir un rapport écrit, relatant les circonstances de la disparition du patient, les risques qu'il encourt du fait de cette sortie prématurée. Ce rapport doit rendre compte des différentes diligences qui ont été prises pour retrouver la personne sortie à l'insu du service.

Pour mémoire, il convient de procéder à un signalement OSIRIS dans ce cas de figure, en même temps ou ultérieurement

L'information du directeur :

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit être systématiquement averti de la «fugue» d'un patient et dans les situations inquiétantes, prendre toute mesure, avec le chef de sécurité «anti malveillance», pour centraliser les informations et renseignements reçus et organiser les recherches du patient, le cas échéant en mobilisant les personnels disponibles.

Le cas échéant, s'il le juge nécessaire, il lui appartient (lui-même ou par le chef de sécurité «anti malveillance») de prendre contact avec les autorités de police (ou de gendarmerie) locales et de leur faire parvenir une fiche de signalement de disparition.

Le personnel de sécurité :

Le personnel de sécurité doit être immédiatement tenu informé de la sortie du patient à l'insu du service et être invité à participer aux recherches. Le cas échéant, sur instructions du directeur (ou l'administrateur de garde), il doit dans les situations les plus inquiétantes, organiser les recherches avec les personnels disponibles sur le site hospitalier.

L'information de la famille :

Si l'administrateur de garde doit être informé de l'incident, il appartient en revanche au service (personnel soignant – infirmière ou aide-soignante) de prévenir la famille.

L'information de la famille est un élément primordial qui facilite les rapports et permet des recherches plus efficaces.

L'information consiste à expliquer les circonstances de la disparition et, par un dialogue avec l'entourage du patient, à tenter de comprendre où le patient a pu se rendre et favoriser ainsi les recherches. Il importe que les recherches soient menées en transparence avec la famille et dans un rapport de collaboration, nécessaire dans ce type de situations. Si aucune famille n'est identifiée, pour faciliter les recherches, il convient de rechercher dans le dossier administratif les coordonnées et adresses du patient avant son hospitalisation.

Les autorités de police :

L'information de la police est souvent indispensable, du moins lorsque la sortie présente un danger manifeste, pour le patient comme pour l'ordre public.

Lorsque le patient est **majeur**, la police (ou gendarmerie) prendra note de cette disparition par le biais d'une main courante et notera la remise de la fiche descriptive de signalement de disparition et elle pourra se rendre sur place pour procéder à certaines investigations.

Ces démarches sont d'autant plus importantes si le patient majeur est un **majeur protégé** ou est un **patient hospitalisé sous contrainte** en soins psychiatriques. Mais elles sont aussi importantes quand le patient présente des troubles cognitifs importants, notamment en raison de son **âge**.

Lorsque le fugueur est un **mineur**, la procédure sera un peu différente : les autorités de police doivent en effet mettre en œuvre une procédure particulière. L'identité du mineur disparu est notamment inscrite sur un registre particulier et un avis de recherche est lancé, diffusé auprès des autres services de police. (dont la brigade des mineurs notamment).

Les relations avec le «Pôle des Recherches Patients» à la DSPC :

Il est nécessaire que l'hôpital fasse parvenir à ce service situé au Siège un fax au n° **01 40 27 19 87** pour l'informer de la fugue et de lui adresser la fiche descriptive de signalement de fugue (remise à la police ou gendarmerie) jointe en annexe .

Adresse mail du « pôle des Recherches Patients » : pole.rip@sap.aphp.fr

Responsabilité

La «fugue» d'un patient est susceptible d'entraîner de graves conséquences pour l'hôpital : sa responsabilité administrative, voire pénale, peut être engagée de ce fait.

La responsabilité de l'établissement peut le cas échéant être mise en cause sur le fondement de la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

L'existence d'un «défaut de surveillance» pourra être invoquée.

Le juge prendra en considération l'état du patient, la vigilance montrée par l'hôpital au vu du risque de «fugues» à évaluer selon l'état physique et mental du patient et les mesures préventives qui ont été prises le cas échéant.

La responsabilité pénale des agents pourrait par ailleurs être retenue dans les cas de sorties à l'insu du service sur le fondement de la non assistance à personne en danger. Cette infraction pourrait notamment être reconnue dans l'hypothèse où le personnel se serait abstenu de mettre en œuvre les mesures permettant de secourir le patient et de mettre en œuvre les procédures de recherche adéquates. On notera cependant qu'à l'heure actuelle, il n'y a jamais eu de mise en cause de cet ordre au sein des hôpitaux de l'AP-HP.

La responsabilité disciplinaire des agents peut être recherchée par l'AP-HP en cas de négligence, imprudence et non respect des procédures établies par l'hôpital, notamment en l'absence :

- de rédaction d'un procès verbal de sortie à l'insu du service,
- de signalement au supérieur hiérarchique,
- et, plus généralement, de toute prise d'initiative.

Hôpital :

Structure médicale :

PROCES VERBAL DE SORTIE A L'INSU DU SERVICE

Je soussigné(e), *(prénom et nom de l'agent)*.....

atteste avoir constaté le *(jour)* à *(heure)*

La sortie de *(nom du patient)*à l'insu du service.

Circonstances de la sortie : *(éléments permettant de l'expliquer ou de comprendre les motivations du patient, date présumée de la sortie, éléments permettant de faciliter une enquête ultérieure, descriptif physique et vestimentaire du patient, ...)*

Mesures prises : *(appels téléphoniques, signalement, information des agents de sécurité, recherche au sein de l'hôpital, ...)*

Fait à.....le.....

Signature.....

Ce procès verbal doit être conservé au sein du dossier médical du patient.

Nom de l' Hôpital :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques et fax du service à l'origine de la diffusion coordonnées du responsable de la Sécurité :

Coordonnées de l'administrateur de garde :

Déclaration de sortie d'un patient à l'insu de l'unité de soins

Renseignements sur la disparition :

Date :

Heure :

Hospitalisé(e) dans le service : Bât. étage autre

Nom, Coordonnées téléphoniques et fax du Cadre infirmier ou autre personne à joindre dans le service :

Renseignements sur la personne : (éventuellement ETIQUETTE code barre)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse domicile :

Personne à prévenir (coordonnées):

SIGNALEMENT :

Type :

Age apparent :

Taille :

Corpulence :

Aspect et couleur des cheveux :

Yeux :

Tenue vestimentaire :

Langue parlée (ou ne parle pas):

Handicap ou vulnérabilité particulière (mobilité, surdité, cécité, etc) :

Signes particuliers :

Motifs et circonstances de la disparition :

Renseignements particuliers :

Personne confuse ou désorientée : oui ☐ non ☐ (décrire les troubles du comportement si oui)

Personne dangereuse pour elle même (décrire si oui) : oui ☐ non ☐

Personne dangereuse pour autrui (décrire si oui) : oui ☐ non ☐

Autres informations utiles pouvant faciliter les recherches :

DIFFUSION :

Systématique par fax au service de recherche des patients de l'AP-HP (Siège) : 01 40 27 19 87 (pole.rip@sap.aphp.fr)

Au commissariat de Police ou unité de gendarmerie de fax (après premières recherches infructueuses)

Famille avisée (indiquer quelle personne si oui) : oui ☐ non ☐

CESSATION DES RECHERCHES le : (date et heure)

Motif :

Transmission de l'information :

Systematique au service de recherche de l'AP-HP

Au commissariat de Police ou à unité de gendarmerie

Numéros utiles :

- Chef de la sécurité de l'hôpital :
- Procureur de la République :
- Commissariat de police duarrondissement :
- Gendarmerie de.....

Cas particuliers

Patient en soins psychiatriques sous contrainte

L'administrateur de garde doit :

- ordonner des recherches dans et aux abords immédiats de l'hôpital en donnant le signalement du patient,
- pour des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat informer le préfet ainsi que la délégation territoriale de l'Agence régionale de Santé (ARS) compétente,
- informer sans délai la famille du patient,
- établir un signalement du patient auprès des autorités compétentes suivantes :
 - pour les patients en soins sous décision du représentant de l'Etat : signalement direct auprès de l'unité UTD (unité des transmissions et diffusions de la Direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne) de la Préfecture de Police qui inscrira automatiquement le patient signalé au fichier des personnes recherchées (FPR). Dans ce cas, il convient de remplir les fiches jointes ci-après ;
 - pour les patients en soins à la demande d'un tiers : signalement du patient auprès du commissariat territorialement compétent qui, par télégramme, transmettra à la Brigade de répression de la délinquance à la personne (BRDP). Ce service judiciaire décidera d'inscrire la personne recherchée au FPR ou pas, dans le cadre de la procédure de signalement pour disparition inquiétante (article 74-1 du Code de procédure pénale).
- rédiger un procès-verbal de sortie à l'insu du service.

Numéros utiles :

Délégation territoriale de l'ARS :

Unité UTD (unité des transmissions et diffusions de la Direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne) de la Préfecture de Police :

Commissariat ou unité de gendarmerie :

Références

- Articles R. 1112-56 et suivants du code de la santé publique
- Article 173 du règlement intérieur de l'AP-HP

46 – Les sorties contre avis médical

Pour aller à l'essentiel...

- A l'exception des patients mineurs et majeurs sous tutelle, des personnes en soins psychiatriques sous contrainte, des patients gardés à vue et des patients prévenus ou détenus, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital.
- Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie doit être effectuée dans le respect des procédures suivantes :
 - le patient doit signer une décharge mentionnant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus,
 - en cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal doit être établi et signé par deux témoins. Il doit attester de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants,
 - les modalités de la sortie doivent être mentionnées dans le dossier médical.

Recommandations

- Le chef de service, s'il estime que la sortie est prématurée et présente un danger pour le patient, doit remplir **une attestation**, avant la sortie, établissant que le patient a été informé des conséquences de sa décision,
- En cas de refus du patient de signer cette attestation, le directeur (ou l'administrateur de garde) ou tout autre membre du personnel hospitalier doit dresser **un procès-verbal de refus de soins**, signé par deux personnes et qui doit être joint au dossier médical,
- un exemplaire de l'attestation doit être remis au patient, un autre adressé à son médecin traitant, et un dernier conservé dans le dossier médical.
- en cas de refus de soins exprimé par le patient, la sortie est prononcée par le directeur (ou l'administrateur de garde).

Cas particuliers

Patient mineur

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit :

- lorsque la sortie est demandée par les titulaires de l'autorité parentale et lorsque cette décision risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, **saisir le Procureur de la République** afin de faire ordonner toute mesure visant à assurer la protection du mineur,

- lorsque le mineur est émancipé (ou lorsque les liens avec sa famille sont rompus et qu'il bénéficie de la CMU à ce titre), appliquer les règles susmentionnées (attestation + procès-verbal de refus de signature),

- lorsque le mineur est pris en charge dans le cadre des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique (secret gardé vis-à-vis des titulaires de l'autorité parentale, [v. fiche n°36 : «le consentement du patient mineur»](#)), rappeler que le majeur accompagnant ne peut aucun cas signer l'attestation ou une décharge pour la sortie du mineur. Dans ce cas, il est conseillé par ailleurs de saisir l'autorité judiciaire (Procureur de la République ou son substitut), en expliquant le contexte bien particulier et éviter que les titulaires de l'autorité parentale soient inutilement informés de la prise en charge du mineur au sein de l'hôpital.

Patient majeur sous tutelle

L'administrateur de garde doit, lorsque la demande du tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, saisir **le juge des tutelles ou le Procureur de la République (ou son substitut)**.

Adresse et n° de téléphone du Procureur de la République :

Références

- Article L. 1111-4 du code de la santé publique,
- Articles R. 1112-16, R. 1112-43 et R. 1112-62 du code de la santé publique
- Article 172 du règlement intérieur de l'AP-HP

[Fiche n° 37 «Le refus de soins»](#)

Exemple d'une attestation et d'un PV de sortie contre avis médical

Sortie contre avis médical

ATTESTATION

Je soussigné(e) M., Mme, Melle
demande ma sortie immédiate de l'hôpital.....

J'ai été clairement informé(e) de l'avis médical contraire du médecin chef de service à cette sortie, ce dernier l'estimant prématurée et présentant un danger pour ma santé.

Fait à.....le.....

Signature.....

Une copie de cette attestation doit être remise au patient, une autre transmise à son médecin traitant et l'original doit être conservé au sein du dossier médical du patient.

Sortie contre avis médical

PROCES VERBAL

(à conserver au dossier médical)

Nous soussigné(e)s, (prénoms et noms des agents), attestons que M., Mme, Melle.....

a demandé à quitter l'hôpital leà.....heures.

Il lui a été indiqué en notre présence l'avis médical défavorable du médecin chef de service à cette sortie immédiate, ce dernier l'estimant prématurée et présentant un danger pour sa santé.

(Indiquer ici les risques médicaux encourus)

Fait à....., le.....

Signatures des deux agents.....

47 – Les sorties disciplinaires

Pour aller à l'essentiel...

- La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou plus généralement du manquement grave aux dispositions du règlement intérieur.
- Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins, le cas échéant dans un autre hôpital, doit en principe être faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

Recommandations

On procédera ainsi :

- adresser des avertissements successifs au patient,
- s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication médicale,
- prononcer la sortie pour motif disciplinaire uniquement en dernier recours,
- remettre au patient un courrier précisant les motifs disciplinaires de la sortie et en garder une copie au dossier médical,
- faire intervenir le service de sécurité si besoin,
- faire intervenir les forces de police lorsque cela s'avère nécessaire (menaces pour la sécurité des biens et des personnes).

L'expérience montre que l'intervention personnelle de l'administrateur de garde dans l'unité de soins est souvent déterminante pour gérer ce type de situations, en lien avec l'équipe hospitalière.

Numéros utiles :

- Chef de la sécurité de l'hôpital :
- Commissariat de police du arrondissement :
- Gendarmerie de.....

Références

- Articles R. 1112-49 du code de la santé publique
- Article 175 du règlement intérieur de l'AP-HP

Pour aller à l'essentiel ...

- Sauf dans les cas de dérogation prévus par la loi, les titulaires de l'autorité parentale doivent toujours être préalablement informés de la sortie prochaine du mineur.

Principes et recommandations

Il revient aux titulaires de l'autorité parentale, dès l'admission le cas échéant, d'informer la direction de l'hôpital que le mineur, selon le cas :

- peut quitter seul l'hôpital,
- doit lui être confié,
- ou peut être confié à une tierce personne.

Ces indications doivent être mentionnées au dossier médical.

Dans les deux derniers cas, une **pièce d'identité** de la personne accompagnant le mineur ou un extrait de la décision de justice précisant la personne à laquelle est confié l'enfant doit être exigé.

La sortie des mineurs non accompagnés exige une **vigilance** particulière de l'équipe médicale.

Il importe de veiller à ce que seuls les enfants jugés capables de repartir par leurs propres moyens y soient autorisés : la décharge signée par les titulaires de l'autorité parentale ne dispense en aucune façon le médecin de contrôler cette aptitude au regard du traitement dispensé.

Le cas échéant, le mineur devra être retenu et les titulaires de l'autorité parentale contactés afin de venir chercher le mineur.

Des **dérogations** prévues aux articles L.1111-5 et L. 2212-7 du code de la santé publique ont pour conséquence l'hospitalisation d'un mineur sans l'autorisation du ou des titulaires de l'autorité parentale :

La sortie du mineur, dans ces situations spécifiques (IVG ou acte médical pour lequel le mineur s'est expressément opposé à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé), se fera par conséquent sans autorisation préalable des titulaires de l'autorité parentale.

Les mineurs sont toutefois tenus de désigner une personne majeure de leur choix. Celle-ci doit pouvoir apporter aide et assistance au mineur dans toutes ses démarches au cours de son hospitalisation. Bien que non obligatoire, il paraît important et nécessaire que le majeur référent puisse être présent lors de la sortie du mineur hospitalisé.

Références

- Articles R. 1112-57 et R. 1112-64 du code de la santé publique,
- Articles 90 et 93 du règlement intérieur de l'AP-HP,
- voir Guide AP-HP, *L'enfant, l'adolescent à l'hôpital* (2002).

49 – Les sorties en cours de séjour

Pour aller à l'essentiel...

Des autorisations de sortie peuvent être délivrées :

- soit à titre provisoire pour la sortie administrative d'un patient hospitalisé,
- soit dans le cadre de sorties organisées par l'hôpital (sorties «thérapeutiques»).

Sorties à la demande du patient ou de sa famille

Concernant la réglementation des autorisations de sortie, il convient de se référer aux articles R.1112-56 et suivants du code de la santé publique :

«Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permission de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures. Ces permissions de sorties sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur».

La direction de l'hôpital **doit être dûment informée au préalable et ainsi donner son autorisation**, qui peut être délivrée soit à titre général pour un séjour de longue durée (par ex. : *«J'autorise cette activité tous les mercredis selon les modalités suivantes...»*), soit au cas par cas.

Sorties thérapeutiques

Les **sorties thérapeutiques** relèvent de la prise en charge hospitalière : elles sont organisées et effectuées **sous la responsabilité de l'hôpital**, et ceci même dans le cas où des personnes bénévoles ou des parents de patients y apportent leur contribution.

En application de ces dispositions, avant toute sortie organisée par le directeur de l'hôpital, l'avis médical du médecin chef de service doit être recueilli pour les patients hospitalisés concernés.

L'hôpital est tenu dans ces circonstances à une **obligation de sécurité**. Sa responsabilité sera engagée en cas de dommage lié à un défaut de surveillance, notamment par une insuffisance de personnel pour assurer la sécurité de l'activité.

Cependant, en cas de faute caractérisée de la victime dans la survenance du dommage, l'AP-HP peut voir sa responsabilité atténuée ou bien être exonérée de toute responsabilité.

En pratique, le service est tenu de mettre en place **une surveillance adaptée** aux patients autorisés à sortir. Il s'agit donc pour l'équipe chargée d'organiser ces sorties de déterminer les conditions optimales de surveillance en fonction notamment de l'éventuelle vulnérabilité des patients, de leur degré d'autonomie, du niveau de formation du personnel soignant, etc.

Cas des patients mineurs et majeurs sous tutelle

Pour ces sorties, **l'autorisation préalable d'un titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur** est requise (Article R.1112-57 C. santé publ. : «(...) *les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles*)»).

Cette autorisation peut être sollicitée au cas par cas, ou, si l'activité est régulière, avoir un caractère général. Elle doit permettre de vérifier que le patient est couvert par une assurance individuelle, garantissant sa responsabilité civile personnelle (pour les dommages qu'il peut causer), dans le cadre par exemple d'une police multi-risques.

Références

- Articles R.1112-56 et suivants du code de la santé publique,
- Article 150 du règlement intérieur de l'AP-HP.

50 – Le refus de sortie du patient

Pour aller à l'essentiel...

- La sortie est une décision administrative, prise par le directeur de l'hôpital sur avis médical.
- L'avis médical doit indiquer que le patient ne justifie plus de prise en charge médicale à l'hôpital dans la discipline donnée, ce qui entraîne la décision de sortie. Sauf cas particulier, le patient est tenu de s'y conformer.

Les situations de refus de sortie ou de refus de transfert doivent être gérées avec souci du dialogue, mais également avec fermeté.

Un patient ne peut demander la suspension (forcément provisoire) de son transfert avec une autre structure que sur le fondement de son libre choix : «*Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire*» (art. L. 1110-8, C. santé publ.), et si manifestement n'a été trouvée aucune solution de transfert acceptable.

Dans ces situations et pour mettre fin à toute situation abusive, il convient, selon la situation, de :

- rappeler au patient que la prise en charge dans une structure médicale s'achève dès qu'elle n'est plus justifiée médicalement (art. R. 1112-58, C. santé publ.) ;
- une requalification du séjour du patient est possible : requalification en séjour de pure convenance personnelle, qui n'a pas lieu d'être pris en charge par l'assurance maladie ; signalement de cette situation au contrôle médical de l'assurance maladie et facturation des frais de séjour dans leur intégralité au patient.

Dans le cas d'un transfert, il doit, sauf impossibilité, être proposé au patient un établissement de transfert «objectivement» acceptable pour éviter une situation anormale et forcément conflictuelle.

Dans tous les cas, les solutions judiciaires ou policières ne peuvent être que tout à fait exceptionnelles (demande par voie de justice l'expulsion du patient refusant sa sortie et devenu en quelque sorte occupant sans titre du domaine public).

Références :

- Article L. 1110-8 du code de la santé publique
- Article R. 1112-58 du code de la santé publique

51 – Les formalités de décès

Pour aller à l'essentiel...

- l'aggravation de l'état du patient justifie de prévenir la famille, le cas échéant par un «avis d'aggravation».
- le décès doit être médicalement constaté. Le certificat de décès doit ensuite être apporté pour déclaration à la mairie dans les 24 heures. Le dimanche et les jours fériés ne sont pas pris en compte dans ce délai.

Avis d'aggravation

Lorsque le décès paraît imminent, la famille et les proches doivent en être **informés dans les meilleurs délais** et par **tous moyens** par un agent habilité de l'hôpital.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir (transport à résidence sans mise en bière, v. fiche n° 51 : «les transports de corps»). Sinon, il doit être transporté dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

Avant le décès, la famille et ses proches peuvent rester auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Constat et information sur le décès

Les décès doivent être constatés conformément aux dispositions du code civil, par un **médecin** de l'hôpital. Dans tous les cas, ce constat doit être établi sur un certificat de décès selon les formes requises au plan national.

Lorsque le décès a été médicalement constaté, la famille et les proches doivent en être **informés dans les meilleurs délais** et par **tous moyens** par un agent habilité de l'hôpital.

Attention !

Les internes, praticiens en formation, ne peuvent pas en principe signer les certificats de décès (tant qu'ils ne sont pas docteurs en médecine).

Toutefois, s'il arrive, à l'hôpital, que cette tâche leur soit confiée à un interne, c'est avec l'autorisation et sous la responsabilité du médecin chef de service dont ils relèvent.

La **notification** du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance (ASE), au président du conseil général en charge de ce service ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'hôpital dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ou à laquelle a été confié le mineur ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice à la famille et, le cas échéant, au «mandataire spécial» ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Dès que le décès est constaté, le **personnel infirmier** de l'unité de soins doit :

- procéder à la **toilette** du patient décédé avec toutes les précautions convenables;
- dresser **l'inventaire** de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient décédé,
- rédiger un **bulletin d'identité** du corps;
- apposer sur le corps un **bracelet** d'identification.

Le médecin qui a constaté le décès doit remplir :

- une **fiche d'identification** destinée à la direction de l'hôpital et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « le décès paraît réel et constant »,
- un **certificat de décès** dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie.

L'**agent du bureau de l'état civil** de l'hôpital doit annoter, pour sa part :

- le **registre des décès** de l'hôpital (groupe hospitalier),
- le **registre de suivi** des corps,
- à la mairie du lieu du décès (dans les 24 heures non compris les jours, de week-end et jours fériés), le **registre d'enregistrement des décès** de la commune.

La déclaration du décès

La déclaration du décès, par transmission du certificat de décès, doit être effectuée dans un délai de 24 heures auprès de l'officier d'état civil de la commune où le décès a eu lieu. Le dimanche et les jours fériés ne sont pas pris en compte dans ce délai.

Cas du patient non identifié ([v. aussi fiche n°15 : «l'admission du patient sans identité»](#))

- Dans ces situations, il doit être procédé dans les délais ordinaires à la déclaration de décès. **Le certificat de décès doit être rempli avec la mention « patient non identifié »**. Ce certificat doit être accompagné **d'un rapport** donnant des indications décrivant la personne (âge approximatif, poids, taille, couleur de cheveux, description du corps et des vêtements....), ainsi que les circonstances ou les particularités qui ont entouré son décès et qui sont susceptibles de faciliter ultérieurement son identification.
- L'hôpital doit conserver les documents qu'il a en sa possession et les joindre au certificat de décès.
- Les objets ou vêtements portés par le patient doivent être conservés et laissés à la disposition de la police.
- **L'hôpital est également tenu de prévenir l'autorité judiciaire** (en pratique : le commissariat de police) qui procèdera aux recherches et au signalement nécessaires.
- Il est possible d'indiquer un obstacle médico-légal lors de la rédaction du certificat médical.

Références

- Article 80 du code civil,
- Articles R. 1112-71 et R. 1112-72 du code de la santé publique,
- Articles 185 et suivants du règlement intérieur de l'AP-HP
- Guide AP-HP, *Le décès à l'hôpital* (2012)

52 – Le décès par mort violente ou suspecte

Pour aller à l'essentiel...

- Lorsque l'examen du corps de la personne décédée semble révéler des signes de mort violente ou suspecte, le médecin est tenu de cocher la case «obstacle médico-légal» du certificat de décès. La direction de l'hôpital doit parallèlement aviser sans délai le commissariat de police (ou le Procureur de la République) de l'éventualité d'un problème médico-légal.

Principes

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient, l'administrateur de garde **doit en informer l'autorité judiciaire** (services de police ou de gendarmerie, ou Procureur de la République).

Dans ces circonstances, l'inhumation du corps ne pourra avoir lieu qu'après enquête médico-légale à l'initiative des autorités judiciaires (investigations menée par un officier de police judiciaire, autopsie médico-légale (ou examen de corps) par un médecin légiste requis,...).

Le certificat de décès doit mentionner qu'il existe un obstacle médico-légal qui suspendra les opérations funéraires jusqu'à la décision de levée de cette suspension (permis d'inhumer) par les autorités judiciaires.

La mention de l'obstacle médico-légal est préconisée notamment dans les cas **d'homicides ou suspicion d'homicide**, de **suicides ou suspicions de suicide**, de **décès suspects à l'hôpital sans intervention de tiers extérieur**, **d'accidents de la circulation ou du travail**, de **décès en milieu pénitentiaire ou psychiatriques**, de **décès de personne vulnérable** (jeune enfant, femme enceinte) et de **mort subite de l'adulte ou de l'enfant**.

Il en est de même lorsqu'est découvert dans l'enceinte hospitalière un patient décédé dont la **sortie à l'insu du service** ou la **fugue** a été signalée et a déclenché des recherches internes, voir un signalement auprès des services de police ([cf fiche 45](#))

L'administrateur de garde doit donc être informé par les services concernés de l'hôpital, dans les meilleurs délais, et doit saisir le **procureur de la République** ou les **services de police judiciaire** qui en référeront au parquet. La **DAJ** peut être consultée si nécessaire.

Parallèlement, il doit veiller également à ce que le corps soit placé **sous surveillance** jusqu'à l'arrivée des forces de police. Il convient de préserver les lieux, autant le lieu de découverte du corps que le lieu, le cas échéant, du suicide (exemple : défenestration).

Références

- Article R.1112-73 du code de la santé publique,
- Article 81 du code civil,
- Article 74 du code de procédure pénale,
- Article 186 du règlement intérieur de l'AP-HP)
- Guide AP-HP, Le décès à l'hôpital (2012)
- Recommandations n° R (99) 3 du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale

Recommandations

En cas de suicide d'un patient, il convient de :

- constater le décès du patient,
- saisir l'autorité judiciaire (le commissariat de police), qui procèdera à une enquête,
- ne pas toucher ou déplacer le corps,
- préserver les lieux du suicide,
- organiser l'information de la famille du patient, en lien avec le chef de service,
- faire établir par le médecin un rapport détaillé sur l'état de santé du patient, les conditions de sa prise en charge (mesures particulières de surveillance notamment), les circonstances précises du suicide (lieu, heure, position du corps, moyens utilisés, témoins éventuels...), et les premiers gestes de secours éventuellement effectués.

Le corps ne peut faire l'objet dans l'immédiat d'une autorisation de transport avant mise en bière.

Attention !

Dans certains cas (détenus, patients atteints de troubles mentaux, mineur...), la responsabilité de l'hôpital pourra être retenue, notamment si les mesures de surveillance qui s'imposaient au regard de la situation du patient n'avaient pas été mises en œuvre.

Ceci justifie une grande précision dans la rédaction du rapport qui doit être établi par l'hôpital.

Conduite à tenir devant les intentions et actes à caractère suicidaire d'un patient

La menace exprimée par un patient d'actes suicidaires, ou la mise en œuvre de tels actes, nécessite la mise en œuvre de sa protection et de soins. Ainsi :

- Si un patient présente des intentions suicidaires, l'équipe hospitalière ne peut demeurer inactive ;
- Un examen médical ou le cas échéant une consultation en psychiatrie doit lui être proposée, autant que possible, afin qu'il reçoive une prise en charge adaptée ;

- Si le patient persiste dans son attitude suicidaire et refuse les offres de soins proposées, des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ([v. fiche n°24](#)) peuvent dans certains cas être envisagés pour le protéger contre ses actes.

En effet, au terme de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, sont susceptibles de faire l'objet de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat «(...) *les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public*».

Il est considéré par la jurisprudence que des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat peuvent être prononcés au motif que le patient est susceptible de se porter atteinte à lui-même.

Tout est cas d'espèce (il faut faire la part des attitudes de détresse et de provocation) et les initiatives prises doivent l'être autant que possible de façon proportionnée au danger réellement encouru par le patient, de son fait.

Références

- Circulaire n° 1029 du 11 mai 1978 relative aux accidents ou incidents survenus dans les établissements sanitaires et sociaux
- Article L. 3213-1 du code de la santé publique
- Guide AP-HP, *Le décès à l'hôpital* (2012)

[Voir fiche n° 52 : «Le décès par mort violente ou suspecte»](#)

54 – Le décès périnatal

Pour aller à l'essentiel ...

Des dispositions différentes s'appliquent selon le cas en matière d'état civil et d'obsèques selon que :

- L'enfant né vivant et viable décédé après la déclaration de sa naissance à l'état civil
- L'enfant né vivant et viable décédé avant la déclaration de sa naissance à l'état civil
- L'«enfant» né vivant, mais non viable et pour lequel un certificat médical d'accouchement a été établi
- L'«enfant» né mort avant 15 semaines d'aménorrhée et autres «enfants» pour lesquels un médical d'accouchement n'a pas été établi

La «mort périnatale» recouvre différentes situations :

➤ **soit l'enfant décède après la déclaration de sa naissance à l'état civil.**

L'enfant a un acte de naissance et un acte de décès.

Le décès doit être déclaré à l'officier de l'état civil de la mairie du lieu du décès, dans un délai de 48 heures selon les règles de droit commun.

Le décès doit être mentionné sur le registre de l'hôpital et sur celui de l'état civil.

L'inhumation ou la crémation du corps est obligatoire et s'effectue à la charge de la famille, selon les prescriptions fixées par la législation funéraire.

➤ **soit l'enfant, décédé avant sa déclaration de naissance à l'état civil, est né vivant et viable.**

Un acte de naissance et un acte de décès peuvent être établis par l'officier d'état civil, sur production d'un certificat médical d'accouchement indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jours et heures de sa naissance et de son décès.

Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

Le certificat médical d'accouchement est établi par le praticien, médecin ou sage femme, l'ayant effectué, ou qui dispose des éléments cliniques permettant d'en affirmer l'existence.

Le décès est mentionné sur le registre de l'hôpital et sur celui de l'état civil.

L'inhumation ou la crémation du corps est obligatoire, selon les mêmes modalités que dans le cas précédent.

➤ soit l'enfant est né vivant, mais non viable

Un acte d'enfant sans vie peut être dressé. La délivrance de cet acte d'enfant né sans vie est conditionnée à l'initiative de la famille et à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère.

↳ Ne sont pas concernées les situations interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les situations d'interruption spontanée précoce de grossesse survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée (fausses couches spontanées).

L'acte d'enfant sans vie est inscrit à sa date sur les registres municipaux de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère, et s'il y a lieu, ceux du déclarant.

En revanche aucun nom de famille ne peut être conféré à l'enfant et aucun lien de filiation ne peut être établi à son égard.

L'indication d'enfant sans vie peut, à la demande des parents, être apposée par l'officier de l'état civil qui a établi l'acte sur le livret de famille qu'ils détiennent.

Lorsque le premier enfant est un enfant sans vie, les parents non mariés, donc non détenteurs d'un livret de famille, peuvent demander qu'un livret de famille leur soit remis.

La famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. Sinon, en cas d'absence de prise en charge par la famille, le corps est soit inhumé si l'hôpital, en accord avec les communes concernées, a pris des dispositions spécifiques en ce sens, soit incinéré dans un crématorium à la charge de l'hôpital selon les dispositions applicables à l'élimination des déchets d'activité de soins et assimilés et aux pièces anatomiques. (dans le cadre du marché conclu à cet effet par l'AP-HP)

➤ **soit l'enfant (= le fœtus) est né «mort» sans certificat médical d'accouchement :** cas des interruptions volontaires de grossesse et les fausses couches spontanées (en deçà de 15 semaines d'aménorrhées)

Aucun acte d'état civil n'est dressé pour l'enfant.

Cet «enfant» n'est pas inscrit sur le registre des décès de l'hôpital.

Le corps fait en principe l'objet d'une crémation à la charge de l'hôpital. Néanmoins, certaines communes acceptent d'accueillir ces corps dans leurs cimetières.

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit :

- identifier précisément l'hypothèse de mort périnatale concernée ;
- définir en conséquence le régime juridique applicable ;
- veiller à l'information de la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Dans tous les cas, lorsque, dans un délai de dix jours au maximum suivant le décès, le corps n'a pas été réclamé par la famille, l'hôpital doit faire procéder à son inhumation ou à sa crémation.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil.

● **Accompagnement du deuil périnatal :**

Le personnel soignant doit veiller à proposer un accompagnement facilitant le travail de deuil dont les principes fondamentaux sont l'information et l'association à chaque étape, la coordination entre les différents partenaires et les parents, l'écoute, la disponibilité et le soutien, la délivrance de conseils et l'accompagnement dans les démarches administratives.

Références

- Articles 79-1 et suivants du code civil
- Article R. 1112-72, R.1112-75, R.1112-76 et R.1112-76-1 du code de la santé publique
- Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil
- Décret n° 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille
- Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
- Arrêté du 20 août 2008 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2006 fixant le modèle de livret de famille
- Circulaire DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS no 2009-182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus
- Lettre circulaire, Direction de la sécurité sociale, du 28 mars 2011, Impact sur les droits sociaux des trois arrêts de la Cour de cassation du 6 février 2008 relatifs à l'état civil des fœtus nés sans vie
- Articles 182 et 192 du règlement intérieur de l'AP-HP
- Guide AP-HP, *Le décès à l'hôpital* (2012)

55 – Le dépôt du corps en chambre mortuaire

Pour aller à l'essentiel...

- Les corps doivent être déposés à la chambre mortuaire au plus tard dans les 10 heures qui suivent le décès.

Il convient de bien distinguer les notions de «chambre mortuaire» (local hospitalier où sont déposés les corps des personnes décédées) et de «chambre funéraire» (local d'un opérateur funéraire extérieur à l'hôpital où sont déposés les corps des personnes décédées, à l'hôpital ou ailleurs).

Principes

Le corps d'un patient décédé doit être déposé à la chambre mortuaire (lorsque l'hôpital est tenu d'en disposer) dans un délai maximum de **10 heures** à compter du décès et pour une durée maximale de **10 jours**.

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps doit être déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire (sauf cas de transport immédiat à résidence, sans mise en bière). Il ne peut être alors transféré hors de l'hôpital que dans les conditions relatives à la mise en bière (transport avant et après mise en bière) et avec **les déclarations** prévues par la loi.

Les hôpitaux dépourvus de chambre mortuaire peuvent déposer le corps dans le dépositaire dont dispose éventuellement l'hôpital, dans le temps strictement nécessaire avant le départ des corps vers la chambre mortuaire du groupe hospitalier.

Au cas où les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès doit être organisé dans un lieu **spécialement préparé** à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Avant toute présentation, les agents de l'hôpital doivent prendre en compte, dans toute la mesure du possible, et, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment sur les **pratiques religieuses** qu'ils désirent pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire de l'hôpital du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits (disposition propre à l'AP-HP).

Le fonctionnement de la chambre mortuaire est organisé par un **règlement intérieur** spécifique qui doit être affiché dans ses locaux, à la vue du public.

Références

- Articles L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales,
- Articles R. 2223-89 à R. 2223-98 du code général des collectivités territoriales,
- Circulaire n°99-18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements publics de santé,
- Article 187 du règlement intérieur de l'AP-HP,
- Guide AP-HP « *Le décès à l'hôpital* » (2012).

Règlement intérieur type des chambres mortuaires de l'AP-HP

(à remplacer par le règlement intérieur «local» de la chambre mortuaire de l'hôpital)

Article 1

Le présent règlement intérieur énonce les règles de fonctionnement de la chambre mortuaire du groupe hospitalier

Il s'impose à l'ensemble des personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux familles et proches des personnes décédées ainsi qu'à tous les tiers qui, pour une raison professionnelle ou pour tout autre motif, sont autorisés à pénétrer dans les locaux de la chambre mortuaire.

Article 2

La chambre mortuaire est un équipement du groupe hospitalier.

Elle est destinée au dépôt des corps des personnes décédées au sein du groupe hospitalier (*le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : ainsi qu'au dépôt des corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil*). Elle doit permettre la présentation des corps aux familles et leur laisser le temps nécessaire à l'organisation des obsèques.

Les personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans le groupe hospitalier.

Le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : la mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

Dans le cas où le corps du défunt (*le cas échéant pour les groupes hospitaliers concernés : ou de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil*) est réclamé, il est remis sans délai aux personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles.

En cas d'absence de réclamation du corps dans le délai de dix jours, le groupe hospitalier dispose de deux jours francs :

_ pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par ce dernier. En l'absence de ressources suffisantes, la prise en charge des obsèques sera sollicitée auprès de la commune. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue en accord avec l'autorité militaire compétente ;

_ *le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés* pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Article 3

Les corps des patients décédés au sein du groupe hospitalier doivent dans tous les cas être transportés soit dans la chambre mortuaire de l'hôpital (*du groupe*),
.....),

soit à titre exceptionnel dans la chambre mortuaire d'un autre groupe hospitalier de l'AP-HP.

Le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : il en est de même pour les corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil. L'admission dans la chambre mortuaire est effectuée après signature du certificat de décès par un médecin d'un service de soins.

Article 4

Les corps des patients décédés au sein du groupe hospitalier (*le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : et les corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil*) doivent être transportés à la chambre mortuaire pourvus d'un bracelet et d'une fiche d'identification.

(Dans les groupes hospitaliers liés par convention à un groupe hospitalier ne disposant pas de chambre mortuaire : des corps de patients décédés (le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : ou d'enfants déclarés sans vie à l'état civil) au sein du groupe hospitalier (préciser le nom du groupe hospitalier) peuvent être déposés à la chambre mortuaire, pourvus des mêmes documents d'identification.

Le transport de ces corps à la chambre mortuaire est subordonné à l'accord express du directeur du groupe hospitalier.

Un certificat médical établi par le médecin du service où le défunt était soigné doit être remis au médecin chef du service d'anatomie pathologique ou à la personne qu'il habilite au sein de son service.

Ce certificat précise si le décès a été causé par une maladie contagieuse ou s'il pose un problème médico-légal. Il indique également si l'état du corps permet un transport de corps à résidence et s'il est ou non porteur d'une prothèse faisant obstacle à une éventuelle incinération.

Les soins de conservation du corps prévus par les articles R. 2213-2-2 du Code général des collectivités territoriales ne peuvent être réalisés dans la chambre mortuaire sans une autorisation délivrée par le maire de la commune (pour les hôpitaux situés à Paris, auprès du préfet de police).

Les corps de personnes décédées à l'extérieur du groupe hospitalier peuvent être déposés au sein de la chambre mortuaire, à titre exceptionnel et uniquement sur réquisition des autorités administratives ou de police.

Article 5

(Le cas échéant) des autopsies médicales peuvent être réalisées dans la chambre mortuaire, dans les conditions prévues par les articles L. 1232-1 à L. 1232-6 du Code de la santé publique.

Ces prélèvements sont pratiqués, à la demande écrite et motivée d'un médecin d'une unité de soins, sur le fondement d'un formulaire de demande. Ces prélèvements sont réalisés sous la responsabilité du chef du service d'anatomie pathologique du groupe hospitalier.....

.....

Ce dernier en assure le contrôle ainsi que la bonne exécution par les médecins de son service qui en ont la charge, assistés le cas échéant des agents de la chambre mortuaire qu'il désigne.

Aucun prélèvement à des fins thérapeutiques ne peut être effectué dans la salle de préparation des corps de la chambre mortuaire.

(Le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés). Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de dix jours et de deux jours francs visés à l'article 2 du présent règlement sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

Article 6

Des autopsies médicales peuvent être effectuées au sein de la chambre mortuaire sur des personnes décédées en dehors du groupe hospitalier.

Ces prélèvements peuvent être effectués à la demande du préfet, ou à la demande d'une personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Le transport du corps d'une personne décédée vers un établissement de santé, pour réaliser une autopsie médicale, est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de décès ou de dépôt, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles. La déclaration est subordonnée à la détention de l'extrait du certificat de décès prévu à l'article L. 2223-42, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal.

Les corps admis au sein de la chambre mortuaire dans ces conditions peuvent faire l'objet, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles, d'un transport de corps avant mise en bière, soit vers une chambre funéraire, soit vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille. Ce transport de corps est subordonné à l'accord du directeur du groupe hospitalier, après avis du médecin ayant réalisé les prélèvements.

Le dit médecin ne peut s'opposer au transport de corps lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport

Article 7

Les agents de la chambre mortuaire sont chargés, sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier, des activités mortuaires du groupe hospitalier et assurent à ce titre l'accueil des familles et la présentation des corps, qui doivent être effectués avec toute l'attention et la dignité requises.

Ils sont placés, pour l'ensemble des activités médico-techniques de la chambre mortuaire, sous l'autorité directe du chef de service d'anatomie pathologique (*préciser, au cas où le groupe hospitalier ne dispose pas de service d'anatomie pathologique, le service de rattachement : du groupe hospitalier...*), ou, le cas échéant, du médecin délégué par ce dernier pour ces activités.

Article 8 (article concernant uniquement les groupes hospitaliers disposant de plusieurs agents de chambre mortuaire)

Un coordonnateur de la chambre mortuaire est désigné par le directeur du groupe hospitalier après avis du chef du service d'anatomie pathologique (*préciser, au cas où le groupe ne dispose pas de service d'anatomie pathologique, le service de rattachement : du groupe hospitalier...*), pour être chargé du fonctionnement courant des activités réalisées au sein de la chambre mortuaire.

Cet agent est responsable, sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier, des modalités de l'accueil des familles et de la présentation des corps. Il est chargé de l'encadrement des agents de la chambre mortuaire et est placé, pour la réalisation de l'ensemble des activités médico-techniques réalisées dans la chambre mortuaire, sous l'autorité directe du chef de service d'anatomie pathologique ou le cas échéant du médecin délégué par ce dernier pour ces activités.

Article 9

Sous réserve des dispositions des articles 10 et 11 du présent règlement intérieur, aucune personne ne peut accéder à la chambre mortuaire sans en avoir reçu l'autorisation expresse par le directeur du groupe hospitalier, de son représentant dûment habilité, ou du chef du service d'anatomie pathologique.

L'accès de la chambre mortuaire peut être interdit à toute personne dont la présence ne serait pas motivée par des nécessités de service ou prévue par l'application des dispositions légales et réglementaires relatives à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, ou dont le comportement pourrait troubler l'ordre, la décence ou la sérénité des lieux.

Article 10

Les familles ont accès à la chambre mortuaire où se trouve leur défunt, dans les conditions suivantes : *(à compléter : jours d'ouverture, horaires, règles à respecter afin de garantir un fonctionnement satisfaisant du service, conditions d'accès en dehors des heures d'ouverture...)*.

Avant toute présentation, les agents de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des rites qui doivent entourer la présentation du corps ou la mise en bière.

En cas d'obstacle médico-légal, la présentation des corps aux familles ne peut avoir lieu qu'en l'absence d'opposition de l'autorité judiciaire.

Article 11

Les personnels des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités ont accès à la chambre mortuaire, pour le dépôt et le retrait des corps, la pratique des soins de conservation et la toilette mortuaire, lorsqu'ils sont mandatés par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, dans les conditions suivantes : *(à compléter le cas échéant)*

Les responsables des dites régies, entreprises, associations et de leurs établissements organisent conjointement avec l'agent visé à l'article 8 ci-contre les modalités de leurs activités au sein de la chambre mortuaire, en tenant compte des nécessités et contraintes du service.

Article 12

La liste des régies, entreprises, associations ou de leurs établissements habilités doit être affichée dans les locaux d'accueil de la chambre mortuaire.

Elle est établie par le représentant de l'État dans le département où est située la chambre mortuaire. Elle est mise à jour chaque année.

La liste doit comprendre le nom, l'adresse complète et le numéro de téléphone des opérateurs funéraires habilités conformément à l'article L 2223-32 du Code général des collectivités territoriales et installés dans la commune *(ou selon le cas : l'arrondissement ou le département)*.

- _ dans la commune où se trouve la chambre mortuaire si cette commune compte plus de 100 000 habitants ;
- _ dans le cas contraire, la liste comprend les opérateurs funéraires installés dans l'arrondissement si celui-ci compte plus de 100 000 habitants ;
- _ dans le département si l'arrondissement compte moins de 100 000 habitants.)

La liste des chambres funéraires établie par le préfet de département doit également être affichée dans la chambre mortuaire, dans les conditions prévues par l'article R. 2223-32 du Code général des collectivités territoriales.

Article 13

Aucun document de nature commerciale ne doit être visible au sein de la chambre mortuaire, sous réserve des dispositions de l'article 12.

Les agents de la chambre mortuaire ne peuvent en aucun cas recevoir, à raison de leurs fonctions, de rémunération ou de gratification de la part des familles, des opérateurs funéraires, des fleuristes, des thanatopracteurs et d'une manière générale de tiers à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Article 14

Le chef du service d'anatomie pathologique s'assure, en liaison avec le directeur du groupe hospitalier, que toutes les précautions d'hygiène et de sécurité sont respectées dans la réalisation des prélèvements.

Il prend notamment toutes les mesures nécessaires (selon le cas, obligation d'emploi de gants, éventuellement résistants à la coupure, de lunettes de protections, de matériel jetable...) pour assurer le respect au sein de la chambre mortuaire des précautions visant à minimiser les risques de contamination par des maladies transmissibles.

Article 15

Le présent règlement doit être affiché à la vue du public dans les locaux de la chambre mortuaire destinés à l'accueil du public.

Il est déposé, daté et signé, dès son adoption, auprès du représentant de l'État dans le département où est implantée la chambre mortuaire.

Fait à, le

Le directeur du groupe hospitalier

Vu, le chef du service d'anatomie pathologique

(Le cas échéant : du groupe hospitalier...)

(Le cas échéant, si l'activité médico-technique est assurée dans le cadre d'une antenne d'un service d'anatomie pathologique d'un autre groupe hospitalier de l'AP-HP).

Vu, le directeur du groupe hospitalier...

Le dépôt du corps d'un patient décédé au sein d'un autre établissement.

Elle est possible aux conditions suivantes :

- en cas d'impossibilité pour l'hôpital où est décédé le patient de conserver le corps (notamment en cas d'absence de chambre mortuaire),
- si l'hôpital «d'origine» fait son affaire (frais et responsabilité) du transport, de la reprise des corps, de la prise en charge mortuaire...,
- le cas échéant, sur réquisition des autorités administratives ou judiciaires.

56 – Les transports de corps

Pour aller à l'essentiel....

- Les transports de corps sont soumis à une réglementation stricte et à un régime de déclaration.
- Le transport sans mise en bière «à résidence» ou vers une chambre funéraire, ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire (ou le Préfet de police à Paris) du lieu de dépôt du corps.
- Lorsque le transport du corps en chambre mortuaire nécessite de sortir de l'enceinte de l'établissement l'accord du directeur est nécessaire.
- Le médecin peut s'opposer au transport du corps avant mise en bière lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport. Il en avertit sans délai par écrit la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement.
- Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules habilités spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires.
- Le transport de corps sans mise en bière («à visage découvert») vers le domicile ou une chambre funéraire doit être réalisé dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès, sauf dispositions dérogatoires.
- Au-delà de ce délai, le transport ne peut avoir lieu qu'après fermeture du cercueil et donc qu'après mise en bière.

Le transport de corps avant mise en bière

Rappel : Les corps doivent être déposés à la chambre mortuaire au plus tard dans les **10 heures** qui suivent le décès. (Sauf si l'hôpital, dépourvu de chambre mortuaire, peut conserver en son sein, pour la durée strictement nécessaire le corps dans un dépositaire aménagé de façon appropriée)

Lorsque le transfert du corps en chambre mortuaire nécessite de sortir de l'enceinte de l'établissement de santé ou de l'un de ses sites d'implantation, le transport sans mise en bière s'effectue après **accord** du directeur du groupe hospitalier (ou de l'administrateur de garde).

Lorsque le transfert s'effectue vers une chambre mortuaire située **sur le territoire d'une autre commune**, le maire de celle-ci reçoit sans délai copie de cet accord.

Lorsque l'établissement de santé où le décès a eu lieu n'est pas le gestionnaire de la chambre mortuaire d'accueil, le responsable de celle-ci reçoit copie de cet accord.

Le transport avant mise en bière doit être réalisé dans **les 48 heures** qui suivent le décès.

Ce transport doit être déclaré au préalable auprès du Maire de la commune du lieu de dépôt du corps. (en pratique par un opérateur funéraire). Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

► Le transport de corps au domicile du défunt ou à la résidence d'un membre de sa famille

Demandé par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, il est effectué à partir de l'hôpital vers le domicile du défunt ou la résidence d'un membre de sa famille.

Ce transport est subordonné : (conditions cumulatives)

- A la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
- A la détention d'un extrait du certificat de décès, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée par arrêté ;
- A l'accord, le cas échéant, du directeur de l'établissement de santé au sein duquel le décès est survenu ;
- A l'accomplissement préalable des formalités du code civil relatives aux déclarations de décès.

► Le transport de corps vers une chambre funéraire

Admission en chambre funéraire :

La demande d'admission en chambre funéraire est présentée après le décès. Elle énonce les nom, prénoms, âge et domicile du défunt.

Le corps d'une personne décédée ne peut être admis dans une chambre funéraire que sur production d'un extrait du certificat établi par un médecin, attestant le décès.

Lorsque la chambre funéraire d'accueil du corps est située sur le territoire de la commune du lieu du décès, la remise de l'extrait du certificat précité s'effectue auprès du responsable de cette chambre funéraire.

Dans les autres cas, le maire de la commune où se trouve la chambre funéraire d'accueil du corps et le responsable de la chambre funéraire sont destinataires de l'extrait du certificat précité.

Le transport en chambre funéraire :

Ce transport doit intervenir au plus tard dans les **48 heures** suivant le décès.

Il transport est subordonné :

- A la demande écrite : (conditions non cumulatives)
 - soit de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
 - soit de la personne chez qui le décès a eu lieu, à condition qu'elle atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de douze heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;
 - soit du directeur de l'établissement, dans le cas de décès dans un établissement qui n'entre pas dans la catégorie de ceux devant disposer obligatoirement d'une chambre mortuaire, (en principe cette situation n'existe pas au sein de l'AP-HP) sous la condition qu'il atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de dix heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;
- A la détention d'un extrait du certificat de décès, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée par arrêté ;
- A l'accomplissement préalable des formalités du code civil relatives aux déclarations de décès.

Les frais de transport et de séjour durant les trois premiers jours qui suivent l'admission sont à la charge de l'hôpital lorsque le transfert en chambre funéraire a été opéré à la demande du directeur.

Les malades infectieuses visées par l'arrêté du 20 juillet 1998

Cet arrêté prévoit la liste des maladies infectieuses qui s'oppose au transport de corps sans mise en bière :

- orthopoxviroses
- choléra
- peste
- charbon
- fièvres hémorragiques virales

Le transport de corps après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit obligatoirement être mis en bière.

L'autorisation de fermeture du cercueil doit avoir été délivrée par l'officier d'état civil de la commune du décès.

L'autorisation, établie sur papier libre et sans frais, est délivrée sur présentation du certificat de décès établi par le médecin ayant constaté le décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Le maire peut, s'il y a urgence, compte tenu du risque sanitaire ou en cas de décomposition rapide du corps, après avis d'un médecin, décider la mise en bière immédiate et la fermeture du cercueil.

Après fermeture du cercueil, le corps d'une personne décédée ne peut être transporté dans une commune autre que celle où cette opération a eu lieu, sans une déclaration préalable effectuée, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, quelle que soit la commune de destination à l'intérieur du territoire métropolitain ou d'un département d'outre-mer.

La déclaration préalable au transport indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du cercueil.

Références

- Articles R. 2213-7 à R. 2213-21 du code général des collectivités territoriales,
- Articles R. 2223-67 à R. 2223-98 du code général des collectivités territoriales,
- Décret n°2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires,
- Circulaire du 4 novembre 2002 relative au transport de corps avant mise en bière,
- Articles 188, 189 et 190 du règlement intérieur de l'AP-HP,
- Guide AP-HP, *Le décès à l'hôpital* (2012).

57 - Les prélèvements à but thérapeutique : le don d'organes ou de tissus

Pour aller à l'essentiel :

- Un prélèvement d'organes ou de tissus pour don ne peut être pratiqué que si la personne n'a pas fait connaître de son vivant, son refus d'un tel prélèvement
- Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il doit les informer de la finalité des prélèvements envisagés.
- Le registre national des refus doit être systématiquement consulté.

Définition :

Les prélèvements d'organes ou de tissus sur le corps d'une personne décédée ont une visée thérapeutique lorsqu'ils sont effectués en vue d'une implantation ultérieure sur une autre personne dans le cadre d'un traitement.

Conditions :

1. Le prélèvement ne peut être effectué sans vérification de l'absence de refus exprimé par le patient de son vivant

• Lorsque le prélèvement est demandé sur un majeur

Le principe est celui de la présomption de consentement : le prélèvement peut être effectué dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus de prélèvement.

Le refus du patient, lorsqu'il a été doit être strictement respecté.

Il peut être exprimé de plusieurs manières :

- par l'indication du refus sur le «**Registre National automatisé des Refus de Prélèvement**» tenu par l'Agence de la biomédecine.

La demande de consultation de ce registre est obligatoire et doit être écrite, signée, datée par le directeur de l'hôpital, l'administrateur de garde ou la personne habilitée à cet effet. Elle doit être conservée ;

- à défaut de refus exprimé sur le Registre ou sur un autre support, le médecin doit recueillir le témoignage des proches ;

- par tout autre moyen : s'enquérir de l'existence de documents écrits du malade, de propos tenus au personnel de l'hôpital.

● **Lorsque le prélèvement est demandé sur un mineur ou un majeur sous tutelle :**

Le consentement doit être explicite.

Le prélèvement est possible en cas d'accord écrit du ou des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur.

2. Ils ne peuvent être pratiqués que dans des établissements de santé autorisés à cet effet par le **directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de l'Agence de la biomédecine**.

L'autorisation délivrée pour 5 ans et renouvelable doit préciser le type d'organes, tissus ou cellules que l'établissement peut prélever.

3. Il n'existe pas de **liste réglementaire limitative des organes, tissus et cellules** pouvant être prélevés sur personne décédée sauf lorsqu'il s'agit d'un prélèvement «à cœur arrêté» (lorsque la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant).

4. Un **procès-verbal réglementaire du constat de la mort** doit être signé concomitamment au certificat de décès par :

- un médecin pour un prélèvement «à cœur non battant» ou cœur arrêté,
- deux médecins pour un prélèvement «à cœur battant»

5. Les médecins qui établissent le constat de la mort et ceux qui effectuent le prélèvement doivent faire l'objet **d'unités fonctionnelles ou de services distincts** Rien ne s'oppose à ce que les opérations de prélèvement et de greffe se réalisent au sein d'un même hôpital. Néanmoins, les équipes doivent être distinctes.

6. Le médecin doit informer les proches de **la finalité des prélèvements envisagés**.

7. Le corps devra être **restauré** après prélèvement.

8. Les proches doivent être informés de leur droit à **connaître les prélèvements effectués**.

Conduite à tenir :

Le médecin préleveur, en liaison directe avec la coordination hospitalière

- devra faire la demande écrite, signée et datée
- s'assurer de la non opposition de la personne (dans l'hypothèse où la famille ne peut être jointe, le médecin du donneur et le coordonnateur hospitalier doivent définir une procédure écrite permettant de recueillir le nom, le lien de parenté, le n° de téléphone de la personne contactée, les heures et le nombre d'appels)
- faire contresigner le formulaire de demande par le médecin de service et par le médecin préleveur
- informer les proches de la finalité des prélèvements envisagés.

Le directeur de l'hôpital ou l'administrateur de garde

La demande de consultation du registre doit être écrite, signée, datée par le directeur de l'hôpital ou la personne habilitée et adressée par télécopie au RNR au numéro suivant : 01 49 98 06 38 La réponse du RNR est également écrite et retournée par télécopie.

(La direction de l'hôpital doit donc veiller à tenir strictement à jour la liste des personnes habilitées, en lien avec l'Agence de la biomédecine)

Les médecins qui procèdent aux prélèvements doivent établir un compte rendu détaillé.

La prise en charge des frais liés aux prélèvements

- les frais de transport du patient d'un établissement de santé vers un autre établissement de santé, sont à la charge de ce dernier établissement ;
- l'établissement de santé qui effectue les prélèvements prend à sa charge les frais entraînés par le constat du décès du donneur et l'assistance médicale du corps avant le prélèvement ;
- les frais de transport du corps d'une personne décédée vers un établissement de santé, en vue d'effectuer des prélèvements de tissus à des fins thérapeutiques, sont à la charge de cet établissement ;
- dans tous les cas, l'établissement qui a procédé au prélèvement assure les frais de conservation et de restauration du corps après l'acte de prélèvement.

INTERROGATION DU REGISTRE NATIONAL DES REFUS

(circulaire DGS/DH/EFG du 31 juillet 1998)

En vue de prélèvements

- ☐ à but thérapeutique (*organes, tissus*)
- ☐ à but scientifique (*recherche*)
- ☐ afin de rechercher les causes de la mort (*autopsie médicale*)

A envoyer au : 01 49 98 06 38

Téléphone : 01 49 46 50 77

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom :

Ville :

Département :

n° FINESS :

Administrateur de la demande (*dûment habilité par le directeur de l'établissement de santé*)

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Numéro de télécopie pour adresser la réponse :

(Réponse dans un délai de 30 minutes pour un but thérapeutique, d'une heure, les jours ouvrables, pour les autres types de prélèvements)

Personne sur laquelle le prélèvement est envisagé

Nom patronymique :

Nom d'usage :

Premier prénom :

Autres prénoms (*dans l'ordre de l'état civil*) :

Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Date de naissance :

Ville de naissance : ou pays de naissance :

Renseignements établis à partir d'une pièce officielle d'identité :

☐ oui ☐ non

(obligatoire pour «but scientifique» et «autopsie»)

Date et heure du décès (*selon le procès-verbal du constat de mort prévu par l'article R. 1232-3 du code de la santé publique*) :

Demande établie à , le :

Signature :

Ce formulaire de demande et la réponse correspondante doivent être archivés dans le dossier médical de la personne décédée et au bureau de l'état civil de l'établissement de santé.

Références

- Art. L. 1232-1 à L. 1232-5, L. 1233-1 à L. 1233-3, R. 1232-1 à 1232-13, L. 1241-1 à L. 1241-2-1 du code de la santé publique
- Arrêté du 28 février 1997 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée
- Arrêté du 1^{er} avril 1997 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement des tissus et au recueil des résidus opératoires issus du corps humain à des fins thérapeutiques
- site de l'Agence de la biomédecine : www.agence-biomedecine.fr
- Guide AP-HP, « Le décès à l'hôpital » (2012)

58 - Les autopsies médicales et les prélèvements à visée scientifique

Pour aller à l'essentiel :

- Indépendamment du cas des autopsies médico-légales (effectuées à la demande de l'autorité judiciaire), des prélèvements et autopsies diagnostiques ou à visée scientifique peuvent être effectués sur un patient décédé.
- Dans ce cas, comme dans celui des prélèvements à visée thérapeutique pour don (voir fiche n°52 : «les prélèvements à but thérapeutique : le don d'organes ou de tissus»), il doit être vérifié au préalable que le patient n'avait pas exprimé de son vivant le refus d'un tel prélèvement.
- Le «Registre national des refus» doit être systématiquement consulté.

Définition :

Il s'agit de prélèvements qui sont pratiqués en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire :

- soit dans le but d'obtenir un diagnostic sur **les causes du décès** (prélèvements à but diagnostique et autopsies «médicales»),
- soit dans le cadre de **recherches médicales** (prélèvements à but scientifique).

Conditions :

- le prélèvement ne peut être effectué sans vérification de **l'absence de refus exprimé par le patient de son vivant**. Le consentement du défunt est présumé, sauf pour les mineurs et les majeurs sous tutelle, pour lesquels il faut une autorisation écrite du ou des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur.

En cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort, l'autopsie peut être pratiquée sans le consentement de la personne décédée.

- il ne peut être effectué qu'après qu'a été établi un **procès verbal réglementaire du constat de la mort** spécifique, indépendant du certificat de décès.
- les médecins qui établissent le constat de la mort, et ceux qui effectuent le prélèvement doivent faire **partie d'unités fonctionnelles ou de services distincts**.

- le médecin doit informer les proches de la **finalité des prélèvements envisagés**
- le corps devra être **restauré après prélèvement**.
- les proches doivent être **informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués**
- s'agissant des **prélèvements à but scientifique** : ils doivent être pratiqués dans le cadre de protocoles transmis préalablement à l'Agence de la biomédecine. Les médecins qui procèdent aux prélèvements doivent établir **un compte rendu détaillé** de leur intervention et de leurs constatations sur l'état du corps et des organes prélevés.

Conduite à tenir :

Le médecin hospitalier doit :

- faire une demande écrite, signée et datée,
- s'assurer de la non-opposition de la personne, le cas échéant par le témoignage de la famille,
- faire contresigner le formulaire de demande par le directeur de l'hôpital, l'administrateur de garde ou son représentant. Ce document sera conservé au dossier du malade (un double est remis au chef du service d'anatomie pathologique),

Le prélèvement n'est pas soumis un régime d'autorisation administrative, il peut donc être librement exercé par les établissements de santé, dès lors qu'ils respectent les règles de protection des personnes (consentement, anonymat) d'hygiène et de sécurité du travail et, s'agissant des prélèvements à visée scientifique, qu'ils relèvent d'un protocole déclaré à l'Agence de la biomédecine.

Références

- Art. L. 1211-2, L. 1232-1 à L. 1232-5, L. 1241-5 du code de la santé publique
- site de l'Agence de la biomédecine : www.agence-biomedecine.fr
- Guide AP-HP, « *Le décès à l'hôpital* » (2012)

59 - Les prélèvements sur les personnes décédées en dehors de l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

Des prélèvements à visée diagnostique peuvent dans certains cas être effectués à l'hôpital, alors même que le décès a eu lieu en dehors de l'hôpital :

- à la demande du préfet : en cas de mort suspecte
- à la demande d'une personne de l'entourage du patient, chargée de pourvoir aux funérailles

Les situations :

- en cas **de mort suspecte**, le Préfet peut sur l'avis conforme écrit et motivé de deux médecins prescrire toutes les constatations et les prélèvements nécessaires en vue de rechercher la cause du décès.
- la réalisation d'un prélèvement ou d'une autopsie peut être effectuée à la **demande d'une personne qui a la qualité pour pourvoir aux funérailles** (cette situation concerne principalement les hypothèses de mort inattendue du nourrisson, les personnes décédées de maladies rares ou complexes ou toute autre personne souhaitant connaître les causes du décès).

Conduite à tenir dans le cas de prélèvement à la demande de la famille :

Ces prélèvements peuvent être effectués dans un autre hôpital que celui où le décès a eu lieu.

Ce transfert d'un hôpital vers un autre hôpital ne peut être effectué sans le **consentement de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles** (c'est-à-dire de la personne désignée de son vivant par le défunt ou le membre de l'entourage qui se charge des obsèques).

Le transport du corps vers l'hôpital est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de décès ou de dépôt, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

La déclaration est subordonnée à la détention de l'extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal.

Possibilité d'un nouveau transport

Dans cette hypothèse, à l'issue des prélèvements, un nouveau transport de corps peut être effectué à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles soit :

- vers une chambre funéraire
- vers la résidence du défunt
- vers la résidence d'un membre de sa famille
- ou le cas échéant, vers la chambre mortuaire de l'établissement où il est décédé.

Conditions requises en vue d'un nouveau transport

- **accord écrit** du directeur de l'hôpital (ou administrateur de garde) après **avis du médecin** ayant réalisé les prélèvements en vue de rechercher les causes de la mort.
- **Nouvelle déclaration de transport** auprès de la mairie (elle sera en pratique effectuée par un opérateur funéraire)

Délais

Les opérations de transport doivent être achevées dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès.

Prise en charge financière

Les frais de transport aller et retour du lieu de décès à l'hôpital et les frais de prélèvement sont à la charge de l'hôpital dans lequel il a été procédé aux prélèvements.

Il convient de souligner qu'en principe, le corps doit être repris par l'hôpital demandeur à l'issue des demandes d'investigations.

Références

- Art. R. 2213-14 et R. 2213-19 du code général des collectivités territoriales
- Recommandations de la Haute autorité de santé, *Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de deux ans)* (2007)
- Guide AP-HP, « *Le décès à l'hôpital* » (2012)

60 – Le don de corps «à la science»

Pour aller à l'essentiel...

- Pour pouvoir être accepté, le don du corps («à la science») doit avoir été formulé personnellement du vivant du défunt
- les dons du corps de personnes mineures ou sous tutelle ne sont pas acceptés
- le don du corps ne doit pas être confondu avec le don d'organes, qui a une visée thérapeutique (implantation sur une autre personne).

Le don du corps est le fait de donner son corps après sa mort à la médecine pour aider la recherche ou l'enseignement médical.

Ce don s'exprime sous la forme d'un acte de donation qui peut être effectué par toutes les personnes majeures n'étant pas sous tutelle. **Il doit être rédigé entièrement de sa main** par le donateur sur papier libre, daté, signé et adressé par courrier au Centre du don des Corps d'une Faculté de Médecine ou à l'Ecole de Chirurgie de l'AP-HP.

En retour, ces services adresseront à l'intéressé un formulaire de don. Une carte de donateur lui sera expédiée à réception de ce formulaire qu'il devra compléter, signer et porter sur lui. A tout moment, la personne ayant souhaité donner son corps peut revenir sur sa décision en détruisant sa carte de donateur et en informant l'Ecole de Chirurgie ou la Faculté de médecine par écrit.

Le corps est acheminé à l'établissement légataire (Ecole de chirurgie ou Faculté de médecine) dans les 48 heures suivant le décès. Il est ensuite embaumé par une équipe de professionnels spécialisée dans les soins de conservation, puis placé dans un lieu dédié au dépôt des corps jusqu'à ce qu'il puisse être utile aux travaux anatomiques.

En fonction des besoins liés aux programmes de l'école, les corps sont alors mis à la disposition de travaux d'enseignement ou de recherche.

L'établissement légataire n'est pas tenu d'accepter le corps, pour différentes raisons (impossibilité matérielle ponctuelle, corps contagieux, etc...). Dans ce cas, il revient à la famille de procéder aux obsèques dans les conditions ordinaires.

61 – Les pratiques religieuses à l’hôpital

Pour aller à l’essentiel...

- Le service public est laïc.
- Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s’exerce dans le respect de la liberté des autres malades.
- Toute personne est tenue au sein de l’hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.
- Sur l’intervention des ministres du culte, [v. fiche n° 62 : «les visites».](#)

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s’exerce dans le respect de la liberté des autres malades ; ces dispositions doivent s’accorder avec les exigences d’une bonne dispensation des soins telle qu’elle est définie par l’équipe médicale.

Il convient de veiller à ce que l’expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte :

- à la **qualité** des soins et aux règles d’hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire qui lui est imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés)
- à la **tranquillité** des autres personnes hospitalisées et de leurs proches
- au **fonctionnement régulier** du service.

En vertu du **pouvoir de police** qu’il exerce au sein de l’hôpital, il appartient au directeur (ou à l’administrateur de garde) de faire respecter strictement ces diverses dispositions qui constituent des garanties essentielles pour les patients.

Ces principes posés par la jurisprudence s’appliquent de même façon à **tous les fonctionnaires et agents publics** (contractuels, internes, ...), à l’exception des ministres des différents cultes.

Le directeur de l’hôpital doit les faire respecter strictement en sanctionnant tout manquement en ce domaine.

En pratique :

1. Le port d'un signe d'appartenance religieuse

Le personnel médical et non médical tout comme le personnel administratif ou les étudiants sont tenus de respecter les principes de neutralité et de laïcité.

Cette obligation doit s'appliquer aussi bien au sein des écoles de formation de l'AP-HP qu'au sein des hôpitaux et groupes hospitaliers et dans tous leurs services (médicaux, administratifs, techniques....).

L'article 160 du règlement intérieur de l'AP-HP énonce que : *« toute personne est tenue au sein de l'hôpital (du groupe hospitalier) au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. (...) Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du groupe hospitalier, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public ».*

2. Le libre choix du praticien et notamment le refus d'une patiente d'être prise en charge par un soignant de sexe masculin

L'article 51 du règlement intérieur de l'AP-HP énonce que *« le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel du groupe hospitalier.*

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital ».

Si une patiente refuse d'être prise en charge par un professionnel de sexe masculin, et si l'on considère que ce refus est motivé par des considérations d'ordre religieux, il faut rappeler que l'hôpital ne peut pas offrir et/ou garantir en urgence une équipe féminine pour l'accouchement ou tout autre évènement qui n'est pas programmable.

Dans ces circonstances, il convient d'informer les patientes, lors des consultations préalables à l'accouchement, que les prestations de soins seront effectuées indifféremment par l'équipe de garde qui peut être composée d'hommes et de femmes et que le respect de cette organisation est une condition de la prise en charge par le service.

Références

- Loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public
- Circulaire du 2 mars 2011 relative à la mise en œuvre de la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public
- Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé,
- Articles 51, 151 et 160 du règlement intérieur de l'AP-HP.
- Guide AP-HP, *Le décès à l'hôpital* (2012)

62 – Les visites

La famille, les amis, les proches...

Pour aller à l'essentiel...

- L'organisation des visites (de la famille, des proches,...) relève de la compétence du **directeur** de l'hôpital.
- Elle fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures médicales concernées. Le directeur doit en définir les **horaires et les modalités**, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.
- Un droit de visite élargi est prévu pour les patients mineurs.

Les principes

Le droit de visite est un droit important des patients et de leurs familles et un élément essentiel pour l'«humanisation» des hôpitaux.

Il doit être favorisé autant que possible, dans la mesure où il ne porte pas atteinte de façon gênante au fonctionnement des services, au repos des patients et à l'organisation des soins.

L'interdiction de visite doit le cas échéant être décidée, lorsqu'elle est nécessaire, avec précaution et discernement, et, sauf cas exceptionnel, jamais pour une durée illimitée.

Visites dans les services de pédiatrie

La mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit.

La présence de ces personnes ne doit en aucun cas les exposer, ni exposer l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses. Dans ce cas, il est souhaitable qu'un membre de l'équipe médicale explique à ces personnes les raisons empêchant leur visite et leur donne la possibilité de prendre des nouvelles de l'enfant en lui téléphonant.

Les restrictions

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'**état de santé** des patients. Ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ;
- pour les patients placés sous la surveillance de la **police**.

Les horaires des visites doivent être affichés à l'entrée des unités de soins concernés.

Les visiteurs ne doivent **pas troubler** le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement du groupe hospitalier. Le personnel soignant peut demander aux visiteurs de se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins et examens.

Les patients peuvent demander à l'hôpital de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une **tenue correcte**, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer.

Il est **interdit** aux visiteurs d'introduire dans les chambres des patients :

- des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient,
- dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient,
- des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec le régime alimentaire du patient.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut **interrompre immédiatement** la visite et le directeur (ou l'administrateur de garde) peut décider l'expulsion du visiteur.

Les stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'hôpital doivent faire l'objet d'une convention entre l'hôpital et l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont **tenus de respecter** les dispositions du règlement intérieur type de l'AP-HP sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Les bénévoles

L'hôpital doit faciliter l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement de l'hôpital et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein de l'hôpital doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec l'hôpital une **convention** qui détermine les modalités de cette intervention.

Le directeur de l'hôpital doit se faire remettre la liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital. Les bénévoles doivent pouvoir être identifiés à tout instant (port d'un badge indiquant leur nom et qualité par exemple).

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations **pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale**.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser **aucun soin à caractère médical ou paramédical**.

Les ministres du culte

Les hospitalisés doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Tout patient doit pouvoir solliciter librement le ministre du culte de son choix. Celui-ci pourra alors se rendre dans la chambre du patient, avec son accord ou le recevoir dans le local destiné à cet effet.

L'hôpital doit mettre à la disposition des patients une liste des différents ministres du culte avec leur nom, confession, horaires de disponibilité, numéros de téléphone ... Cette liste doit être visible et disponible dans chaque unité de soins.

Un local doit également être mis à disposition et doit pouvoir servir de lieu de culte et/ou de prière et de recueillement aux patients, quelle que soit leur confession.

Ces dispositions ne permettent pas les visites spontanées des ministres du culte dans les chambres des patients, ni la remise de liste de patients triés selon leur confession aux ministres du culte concernés.

Les fêtes religieuses

L'autorisation du directeur (ou de l'administrateur de garde) doit être préalablement requise pour l'organisation d'une fête ou d'une célébration religieuse. Celle-ci doit le cas échéant se dérouler dans un espace strictement réservé et sans être imposée de quelque façon que ce soit aux patients.

Liste des ministres du culte intervenants au sein de l'hôpital :

Les accompagnants privés

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée **par écrit par le patient ou sa famille**.

Elle est subordonnée à l'**accord conjoint** du médecin responsable de l'unité de soins et du directeur du groupe hospitalier, qui peuvent à tout moment rapporter cette décision.

La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer **aucun soin** médical ou paramédical.

Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

Les démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein (du groupe hospitalier des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique.

S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

[V. fiche n° 63 : «L'accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers»](#)

Les notaires

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions doivent être prises au sein de l'hôpital afin de faciliter l'accomplissement de ces formalités.

Les agents hospitaliers peuvent être sollicités pour servir de témoins. Dans cette hypothèse, l'autorisation préalable du directeur (ou de l'administrateur de garde) est nécessaire.

Les médecins sont libres d'accepter ou de refuser d'établir un certificat médical à la demande d'un notaire.

Références :

- Article R. 1112-46 et R. 1112-47 du code de la santé publique
- Circulaire DH/EO 3 n°98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie
- Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants
- Lettre-circulaire n°1034/DH/9C du 14 octobre 1983 relative à l'intervention des notaires dans les établissements publics hospitaliers
- Articles 153 à 159 du règlement intérieur type de l'AP-HP

63 -L'accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers

Pour aller à l'essentiel...

- L'accès de professionnels de la presse au sein de l'hôpital est soumis à une autorisation préalable.
- Ces professionnels de la presse ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service.

Applications

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), des sociétés de production et des artistes, ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein du groupe hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une information au directeur du groupe hospitalier ou de la Direction générale de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris lorsque le sujet concerné a une portée institutionnelle.

L'accès est conditionné à une autorisation écrite du groupe hospitalier ou de la Direction générale de l'AP-HP, selon la portée du sujet, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée.

Les journalistes qui souhaitent réaliser des reportages dans un établissement doivent ainsi obtenir au préalable une **autorisation de tournage**.

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit donc :

- s'assurer de l'accord du patient,
- vérifier auprès du médecin traitant que la présence d'un tiers n'est pas contraire à l'état de santé du malade.

Attention !

Pour toute prolongation ou report de tournage, une nouvelle autorisation doit être délivrée

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit demander au journaliste de lui produire l'autorisation accordée (ou en obtenir une copie) si celle-ci émane de la Direction générale. Il peut demander l'annulation du tournage et l'autorisation devient alors caduque. Il peut faire interrompre le tournage à tout moment, notamment en cas de nécessité pour la sécurité des patients, sur demande du responsable de la structure médicale concernée.

L'autorisation doit mentionner de façon expresse :

- le ou les services concernés par le tournage,
- les jours et heures de tournage,
- l'utilisation prévue des images.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal.

Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient. Les paroles et images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. L'AP-HP ne saurait en aucune manière être appelée en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

Dans le cas des patients juridiquement capables, mais ne manifestant pas une lucidité totale, la prudence s'impose.

En cas de doute, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit prendre les mesures nécessaires pour interdire le tournage et toute utilisation de l'image du patient.

Enfin de façon plus générale, si l'hôpital est tenu d'assurer le respect de la vie privée de ses patients, de leurs familles et des personnels en protégeant leur droit à l'image, l'hôpital et les professionnels qui y exercent ont pour leur part le devoir d'observer un certain nombre d'obligations de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Cette réserve est un élément de la neutralité du service public.

En effet, si la liberté d'opinion est parfaitement reconnue aux fonctionnaires et agents publics hospitaliers, elle comporte des limites, qui ont respectivement pour objet d'interdire, pour les agents en fonctions, des déclarations ou attitudes exagérément critiques à l'égard du service public ou de se livrer à une propagande politique ou religieuse partisane.

Il en résulte par ailleurs que chaque fois qu'un agent de l'hôpital souhaite exprimer librement un point de vue personnel ou syndical, aucune ambiguïté ne doit exister sur le fait que cette expression s'effectue à ce titre : une autorisation délivrée ne peut laisser entendre que l'agent s'exprime au nom de l'AP-HP, ni être libellée de telle sorte que puisse être engagée la responsabilité de l'AP-HP.

• **Sur tous les aspects relatifs à la communication et aux relations avec les médias, notamment en situation de crise**, voir [page 35](#) de la première partie du présent mémento.

• Autorisations et numéros utiles

La demande d'autorisation doit être formulée par écrit et de manière expresse, par fax sur papier à en-tête de la société, par courrier ou par mail au service de presse de la Direction de la communication de l'AP-HP :

• Service de Presse

Tél : 01 40 27 37 22

Fax : 01 40 27 57 01

E-mail : service.presse@sap.aphp.fr

Extranet : www.aphp.fr (rubrique Actualités, onglet Salle de Presse)

Références

- Article 9 du code civil,
- Article L. 1111-4 du code de la santé publique,
- Article R. 1112-47 du code de la santé publique,
- Articles 223-2, 226-1 et 226-13 du code pénal,
- Charte de la personne hospitalisée (circulaire du 2 mars 2006),
- Article 157 du règlement intérieur type AP-HP,
- Guide pratique « les tournages au sein de l'AP-HP » (2011).

64 – Les troubles dans l’enceinte de l’hôpital

Pour aller à l’essentiel...

- Le directeur du groupe hospitalier (ou l’administrateur de garde qui le représente) assure la gestion et la conduite générale de l’hôpital qu’il dirige et y dispose du pouvoir de police. Il doit donc intervenir en cas de troubles constatés au sein de l’hôpital occasionnés par les patients ou les visiteurs, ou plus généralement, pour toutes les infractions constatées quels que soient leurs auteurs.

Les troubles causés par un patient

Le directeur (ou l’administrateur de garde) doit :

- appliquer le règlement intérieur de l’hôpital et prendre les mesures disciplinaires appropriées aux circonstances (du simple avertissement à la décision de sortie disciplinaire du patient). L’aide des forces de police peut être éventuellement demandée. En cas de dommages, une indemnisation peut être réclamée,

[v. fiche n° 47 : «Les sorties disciplinaires»](#)

- compléter la mesure disciplinaire par une demande éventuelle d’indemnisation du préjudice subi, notamment en cas de détérioration des biens de l’hôpital,
- alerter le commissaire de police ou le Procureur de la République si les troubles causés sont constitutifs de délits ou de crimes

Les troubles causés par des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque ceci n’est pas respecté, l’expulsion du visiteur et l’interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur (ou l’administrateur de garde). L’aide des forces de police peut être éventuellement demandée. En cas de dommages, une indemnisation peut être réclamée.

Infractions commises dans l'hôpital

La règle générale est qu'il appartient au directeur (ou à l'administrateur de garde) de prendre toutes mesures utiles et veiller qu'elles soient correctement mises en œuvre.

En cas de **crime ou délit flagrant**, la loi autorise toute personne à appréhender l'auteur des faits et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche.

Article 73 du code de procédure pénale :

«Dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour en appréhender l'auteur et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche».

● Obligation d'information.

Tout événement susceptible d'être qualifié de crime ou délit doit être dénoncé à la justice (art 40 du code de procédure pénale : *«Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner... Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.»*)

Dans la pratique, le chef de sécurité ou l'administrateur de garde appelle pour intervention la police ou la gendarmerie, qui sont tenues d'informer le Parquet des infractions dont elles sont saisies.

● Gel des lieux

Les lieux doivent impérativement demeurer dans l'état où ils étaient au moment de l'infraction, de manière à ce que la police judiciaire (police technique et scientifique) puisse y retrouver d'éventuelles traces et indices. Eviter les attroupements : éloigner les curieux et ne garder à proximité que les personnes susceptibles d'apporter un témoignage

En cas de **vol**, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit faire diligenter une enquête interne et demander un rapport sur les circonstances et l'importance du vol commis. Il doit faire un état des objets volés et prévenir les services de police afin qu'ils procèdent aux enquêtes d'usage.

Le dépôt de plainte auprès du procureur de la République est personnel et appartient à la victime de l'infraction : patient ou représentant légal, visiteur, agent ou administrateur de garde si l'infraction a été commise au détriment de l'hôpital.

[V. fiche n°32 : «le dépôt de biens»](#) *(sur les règles de la responsabilité)*

En cas d'**actes de violence**, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit saisir le commissariat de police. Seuls les incidents mineurs peuvent échapper à cette règle. Un rapport circonstancié doit être demandé au service concerné et une plainte doit être déposée (le cas échéant par la ou les victimes).

Dans tous les cas, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit rédiger un rapport de garde détaillé le plus rapidement possible.

Références

- Articles 15-3, 40 et 73 du code de procédure pénale,
- Article L. 6143-7 du code de la santé publique,
- Articles R. 1112-47, R. 1112-49 et R. 1112-50 du code de la santé publique,
- Articles 35 et 146 du règlement intérieur de l'AP-HP.

65 – L’occupation illicite d’un site de l’AP-HP

En cas d’occupation illicite d’un site relevant du domaine public ou privé de l’AP-HP (locaux relevant du Siège, d’un groupe hospitalier ou d’un hôpital), il revient à **l’administrateur de garde du Directeur général** de suivre la procédure suivante :

- Informer la Direction générale (le Directeur général, le Secrétaire général ou le Directeur de cabinet), seul habilité à donner l’autorisation de faire intervenir les forces de police ;
- Prévenir le responsable de la Direction de la Communication/Service de presse de l’AP-HP qui assure la garde ;
- Dès lors que le Directeur général a donné son accord, établir un ordre de réquisition en indiquant la date, le site concerné et l’heure de l’occupation ;
- Faxer cet ordre de réquisition à la permanence du cabinet du Préfet de police et, éventuellement, à l’Etat-major de la Direction de l’Ordre public et de la Circulation (tél. : 01 53 71 28 92 / fax : 01 53 71 67 46).

66 – Danger grave et imminent (CHSCT)

Pour aller à l'essentiel...

- Certains CHSCT locaux ont parfois pris l'initiative d'inscrire, de façon systématique, des situations d'insuffisance de personnel, dans telle ou telle unité ou service, sur le registre de consignation des dangers graves et imminents.
- Quelle que soit l'appréciation portée par l'hôpital sur la légitimité d'une telle inscription, la direction de l'hôpital doit mettre systématiquement en œuvre la procédure légale prévue aux articles L.4132-2 et suivants du Code du travail (enquête sur place, saisine immédiate du CHSCT local en cas de désaccord, information de l'Inspection du travail).

1° Le danger grave et imminent constaté par les représentants du personnel au CHSCT concerne l'application de la législation du travail. Il doit concerner la **santé physique et/ou mentale des salariés de l'hôpital** concerné et non celle des **patients**.

2° Il ne peut être complètement exclu que l'insuffisance de personnel au sein d'un hôpital pourrait caractériser un danger à l'égard des personnels (cas de non-respect grave des dispositions légales relatives à la durée du travail : non respect des repos entre deux journées de travail, fort dépassement du contingent d'heures supplémentaires ou encore dépassement massif de la durée maximale de travail hebdomadaire...).

La notion de danger grave et imminent n'est pas définie par le Code du travail.

Selon une déclaration du ministre du Travail :

«Il y a danger grave et imminent lorsqu'on est en présence d'une menace de nature à provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique d'un travailleur ; il importe peu que le dommage se réalise en un instant ou progressivement, du moment qu'il puisse être envisagé dans un délai proche».

Il a été par ailleurs été précisé, s'agissant de l'appréciation du caractère grave et imminent du danger, que :

«Cette appréciation ne peut se faire qu'au cas par cas, sous le contrôle du juge, sachant qu'on peut définir comme :

- *grave, tout danger susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée ;*
- *imminent, tout danger susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché».*

Toutefois, l'évaluation de la gravité et de l'imminence du danger est laissée à l'appréciation souveraine des juges qui, en cas de constat d'une situation particulièrement critique pourraient raisonnablement estimer que le manque de personnel constitue un danger grave et imminent pour les salariés.

3° Le Directeur de l'hôpital est en principe strictement tenu de mettre en œuvre **la procédure légale** applicable en cas d'exercice par le CHSCT de son droit d'alerte lorsqu'il ce dernier estime qu'il y a danger grave et imminent.

A la suite d'un avis de danger grave et imminent émis par un **représentant du personnel au CHSCT** et consigné sur le **registre spécial** mis en place à cet effet, *la loi prévoit en effet que l'employeur doit procéder sur-le-champ* à une enquête avec le membre du CHSCT qui lui a signalé le danger et prendre les mesures nécessaires pour y remédier.

Les articles L.4132-3 et L.4132-4 du Code du travail prévoient que :

- «*En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, notamment par arrêt du travail, de la machine ou de l'installation, le CHSCT est réuni d'urgence, dans un délai n'excédant pas vingt-quatre heures. L'employeur informe immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la caisse régionale d'assurance maladie, qui peuvent assister à la réunion du CHSCT*».
- «*A défaut d'accord entre l'employeur et la majorité du CHSCT sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'inspecteur du travail est saisi immédiatement par l'employeur. L'inspecteur du travail met en œuvre soit l'une des procédures de mise en demeure prévues à l'article L.4721-1, soit la procédure de référé prévue aux articles L. 4732-1 et L. 4732-2*».

En application de ces textes, l'employeur a donc **l'obligation**, quelle que soit son opinion sur la réalité du danger grave et imminent, de mettre en œuvre la procédure légale prévue ci-dessus.

La méconnaissance de cette procédure légale serait constitutive du **délit d'entrave**. L'article L.4742-1 du Code du travail précise, en effet, que :

«Le fait de porter atteinte ou de tenter de porter atteinte soit à la constitution, soit à la libre désignation des membres, soit au fonctionnement régulier du CHSCT, notamment par la méconnaissance des dispositions du livre IV de la deuxième partie relatives à la protection des représentants du personnel à ce comité, est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 3 750 €».

4° La **prudence** recommande de mettre systématiquement en œuvre la procédure légale lors de tout signalement d'un danger grave et imminent par un CHSCT local, en contestant, au cours de la réunion du CHSCT local, la réalité de ce danger.

La mise en œuvre de la procédure légale jusqu'à son terme (saisine de l'inspection du travail) permettra le cas échéant d'avoir une position de **l'inspecteur du travail**, qui pourra être opposée au CHSCT pour une situation ultérieure comparable, afin de tenter de mettre un terme à la pratique de ce dernier consistant à traiter systématiquement comme danger grave et imminent un manque de personnel.

Références

- [articles L.4132-2 et suivants du Code du travail](#)
- [article L.4742-1 du Code du travail](#)

67- L'alerte à la bombe

Le standard de l'hôpital doit disposer d'une fiche à remplir en cas d'appel d'alerte à la bombe. Cette fiche doit comporter a minima les indications suivantes :

- date et heure de l'appel,
- paroles prononcées,
- caractéristiques de la voix : accent, voix calme, énervée,...
- éléments d'ambiance : bruits de fond,
- autres précisions : localisation, délai.....,
- personnes à prévenir : administrateur de garde, directeur de cabinet, chef de sécurité, police.

L'administrateur de garde doit s'assurer que le standard a répercuté l'alerte auprès des différentes personnes à prévenir citées ci-dessus.

L'administrateur de garde doit coordonner l'ensemble des moyens :

Si une localisation de l'explosif est indiquée :

- prescrire une ronde de sécurité, avec instruction de n'approcher en aucun cas d'un éventuel objet suspect repéré,
- déterminer un périmètre de sécurité d'une cinquantaine de mètres,
- évacuer le service si nécessaire.

Si l'emplacement de l'explosif est inconnu :

- attendre l'arrivée des autorités de police.

La décision d'évacuer l'établissement ou une partie de l'établissement appartient au directeur (ou à l'administrateur de garde) en liaison avec le service de police. Elle repose beaucoup sur l'appréciation de la fiabilité de l'appel et de l'évaluation de la menace (d'expérience, la grande majorité de ces alertes relèvent de mauvaises plaisanteries ou de vengeances.)

68 – Les objets suspects trouvés au sein de l'hôpital

Le cas particulier du plan «Vigipirate»

Une procédure particulière est prévue en cas de découverte **d'objets suspects** au sein d'un lieu appelé à recevoir du public, tel qu'un établissement de santé, dans le cadre du plan «Vigipirate».

La circulaire DHOS du 30 octobre 2001 relative à l'application dans les établissements de santé du plan Vigipirate donne des **consignes** à mettre en œuvre face à la découverte de colis ou colis contenant des substances suspectes ou lors de la découverte d'objets abandonnés.

Cette circulaire prévoit notamment d'élaborer une fiche réflexe *«consigne en cas de découverte d'objet ou colis suspect»* qui doit être connue des chefs de service, des cadres du service et des équipes de sécurité.

Les mesures à prendre sont de manière générale celles applicables aux établissements recevant du public :

- limitation du nombre des accès voiture et piétons,
- consignes de vigilance aux agents de sécurité : déceler les comportements suspects, assurer un contrôle visuel des véhicules ou des bagages (la fouille n'est pas autorisée)
- augmenter la fréquence des rondes de prévention,
- débarrasser les couloirs et autres espaces publics des encombrants : cartons, containers.....,
- éloigner les poubelles extérieures des accès et des bâtiments,
- rappeler régulièrement au personnel hospitalier son rôle en matière de surveillance et de détection des comportements anormaux.

En cas de découverte de véhicule ou d'objet suspect

- ne pas approcher ou manipuler le véhicule ou l'objet suspect.
- établir un périmètre de sécurité
- prévenir la police
- rechercher dans l'environnement immédiat toutes informations utiles sur l'abandon du véhicule ou de l'objet : comportement insolite, situation inhabituelle, personne suspecte...

Références

- Circulaire DHOS/E 4 n°2001-525 du 30 octobre 2001 relative à l'application dans les établissements de santé du plan Vigipirate et des consignes face à la découverte de plis ou colis contenant des substances suspectes
- Circulaire DHOS/E 4 n° 2002-356 du 19 juin 2002 relative à l'application dans les établissements de santé du plan Vigipirate et des consignes face à la découverte de plis ou colis contenant des substances suspectes
- Circulaire DHOS/Cellule/GRD n° 2004-362 du 27 juillet 2004 relative aux actions à conduire par les établissements de santé dans le cadre de l'application du plan Vigipirate

69 - La circulation et le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

- En cas d'atteinte à la sécurité ou à l'ordre public, et notamment lorsque le fonctionnement du service public hospitalier est compromis, la police doit être appelée pour faire enlever un véhicule (ex : stationnement devant l'entrée des urgences, sur une bouche d'incendie...),
- En cas d'urgence et de péril grave et imminent pour les intérêts dont l'hôpital a la charge, le directeur (ou l'administrateur de garde) peut faire déplacer le véhicule gênant par ses propres moyens,
- Dans ce cas, les mesures employées doivent être strictement nécessaires pour faire cesser la situation de péril.

Qualification juridique des voies internes de l'hôpital

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte des hôpitaux constituent des **dépendances du domaine public** des établissements publics de santé lorsqu'ils sont **affectés au service public et spécialement aménagés** à cette fin.

Cependant, ces voies de desserte, ouvertes uniquement au personnel et aux usagers du service public hospitalier, ne sont pas des voies ouvertes à la circulation publique (sauf exception, voir article 47 du règlement intérieur type de l'AP-HP).

En conséquence, les dispositions du Code de la route relatives aux règles d'usage des voies ouvertes à la circulation publique ne sont pas applicables.

En outre, la compétence des autorités chargées de la police est écartée au profit de celle du directeur de l'hôpital, responsable du bon ordre et de la discipline au sein de son établissement. L'autorité de police ne retrouve sa compétence que dans des hypothèses très exceptionnelles des voies affectées à l'usage de tous et qui se retrouvent donc ouvertes à la circulation publique (cette situation ne semble pas se présenter actuellement au sein des hôpitaux de l'AP-HP).

Autorités compétentes

Principe :

Il appartient au directeur de l'hôpital d'organiser le service public dont il a la charge et donc de **réglementer l'usage du domaine public**.

Il lui revient à ce titre d'assurer **la police de la circulation et du stationnement** dans l'enceinte de l'hôpital.

Conséquences :

Le directeur de l'hôpital doit **faire connaître** au personnel et aux usagers, par tous moyens appropriés, les dispositions du règlement intérieur, ainsi que les mesures prises pour son application et en assurer la surveillance.

Il doit également, dans le cadre du plan général de circulation soumis préalablement aux instances représentatives de l'hôpital, **réglementer l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules** afin d'assurer le bon fonctionnement du service public.

Enfin, la responsabilité de l'hôpital pourrait être engagée non seulement sur le fondement du risque à l'occasion d'un dommage de travaux publics, mais aussi sur celui de la faute de service à l'occasion d'un retard dans la dispense de soins médicaux appropriés, consécutifs à des **difficultés d'accès au service médical** compétent ou d'une carence à prendre et à faire respecter les prescriptions nécessaires.

Les mesures d'exécution forcées

Définition : il s'agit en général du déplacement d'un véhicule irrégulièrement stationné sur le domaine public hospitalier.

Trois hypothèses peuvent être envisagées :

- soit le véhicule constitue une entrave grave mettant en péril imminent le fonctionnement du service : celui-ci ne peut être rétabli que par une mesure de **déplacement immédiat du véhicule**, ordonnée par le directeur et qui peut être effectué par le personnel de l'hôpital (notamment le service de sécurité) de l'hôpital ou par toute société de service habilitée à le faire,

- soit le véhicule ne constitue qu'une gêne ne mettant pas en péril le fonctionnement du service : la seule possibilité est de recourir à la procédure de **référé** devant le tribunal administratif après avoir identifié le propriétaire du véhicule. Ce n'est qu'au vu de l'ordonnance rendue par le juge qu'une mesure d'exécution forcée pourra intervenir,

- soit le véhicule est stationné de façon prolongée, même régulièrement : dans ce cas, l'article 3 de la loi n° 70-1301 du 31 décembre 1970 relative à la mise en fourrière, à l'aliénation et à la destruction des véhicules terrestres prévoit que *«peuvent, à la demande du maître des lieux et sous sa responsabilité, être mis en fourrière, aliénés et éventuellement livrés à la destruction, les véhicules laissés sans droit dans les lieux publics ou privés où ne s'applique pas le Code de la route»*.

Cette procédure nécessite obligatoirement une mise en demeure préalable du propriétaire du véhicule, puis le recours à l'officier de police judiciaire qui fera procéder à l'enlèvement.

La délivrance et le retrait des autorisations d'accès au domaine public hospitalier

Le directeur de l'hôpital dispose de prérogatives en matière de délivrance et de retrait des autorisations d'accès au domaine public hospitalier.

Il peut à ce titre :

- **limiter l'accès** du domaine public au nombre de véhicules correspondant au nombre de places de stationnement disponibles au sein de l'hôpital,
- **retirer ou suspendre les autorisations** d'accès accordées aux personnels en cas d'infraction aux règles de circulation et de stationnement,
- **interdire** temporairement ou définitivement l'accès du véhicule d'un usager qui ne respecterait pas les règles de circulation et de stationnement dans l'enceinte de l'hôpital.

Références

- Articles 47 et suivants du règlement intérieur type de l'AP-HP
- Circulaire n° 2719 du 17 novembre 1977 du Ministère de la Santé relative à la circulation et au stationnement des véhicules automobiles à l'intérieur des établissements d'hospitalisation publics
- Guide DAJDP – février 2007 *«Les préjudices des usagers circulant dans les hôpitaux (personnes et véhicules)»*.

N° de téléphone du Responsable de la sécurité au Siège de l'AP-HP :

Monsieur Jean-Michel OLIVIERI
3, avenue Victoria
Paris 4ème
01 40 27 32 68

70 - La gestion des lits disponibles

Pour aller à l'essentiel...

- Les établissements publics de santé sont tenus d'accueillir, de jour comme de nuit, toutes les personnes dont l'état requiert leur service ou, à défaut, d'assurer leur admission dans un autre établissement pouvant assurer une prise en charge adaptée à l'état de santé du patient.
- L'admission d'un patient est prononcée par le directeur (ou l'administrateur de garde) sur avis médical

Les principes

L'admission d'un patient est prononcée par le directeur (ou l'administrateur de garde) sur avis médical.

Le directeur (ou l'administrateur de garde) est tenu de recueillir l'avis d'un médecin, mais il n'est pas obligé de le suivre. Ceci indiqué, toute décision d'admission contre avis médical doit être prise avec le discernement approprié, s'entourant des avis médicaux nécessaires, et pouvoir être justifiée par des motifs précis.

En cas de refus de prononcer une admission, alors que le patient remplit les conditions requises et que les disponibilités en lits le permettent, l'admission peut par ailleurs être prononcée par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS).

L'admission en surnombre

En cas de manque de places, le directeur (ou l'administrateur de garde) peut et si la situation l'exige doit prononcer une **admission en surnombre**, dès lors que l'hôpital est en mesure de prendre en charge efficacement le patient. En cas d'urgence, le manque de places disponibles ne fait pas obstacle à l'admission du patient.

Cette décision doit cependant être prise avec le discernement approprié et doit pouvoir être justifiée ultérieurement par les circonstances.

Cette admission peut consister en l'admission du patient dans une unité de spécialité distincte de celle dont il relève médicalement. Elle peut être provisoire et ne durer que le temps de prendre toutes les mesures pour organiser le transfert du patient, vers une autre structure.

Dans ce cas, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit :

- prononcer l'admission, même en l'absence de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seraient remboursés à l'hôpital (arrêt CAA Paris, 9 juin 1998, Mme B.),
- veiller à la délivrance des premiers secours,
- tenter d'organiser le transfert du patient vers un autre établissement, à condition que l'état de santé du patient le permette.

Le transfert

Si le médecin concerné constate que l'état de santé d'un patient ou d'un blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique **non pratiquée** au sein de l'hôpital ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit prendre **toutes les mesures nécessaires** pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

Sauf urgence, l'admission dans ce nouvel établissement est décidée après entente entre le médecin du premier établissement et le médecin de l'hôpital d'accueil, au vu d'un certificat médical attestant de la nécessité du transfert dans un hôpital plus adapté.

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit :

- veiller à ce que le patient ait été **correctement informé** (notamment sur l'aspect **financier** et sur les conditions du transfert) préalablement à son transfert, provisoire ou définitif dans un autre établissement,
- **notifier le transfert** du patient à la personne à prévenir, désignée par le patient au moment de l'admission et/ou à la famille.

Cas particulier des incubateurs

Si tous les incubateurs de l'hôpital sont occupés, toutes les dispositions doivent être prises pour le transport d'urgence de l'enfant prématuré vers l'hôpital le plus proche disposant d'incubateurs.

Références

- Article L. 6112-2 du code de la santé publique,
- Articles R. 1112-11 à R. 1112-14 du code de la santé publique,
- Articles 53 et suivants du règlement intérieur de l'AP-HP.

71 – Les dommages matériels causés aux agents

Pour aller à l'essentiel...

- Les dommages subis au cours de l'exercice des fonctions doivent être distingués des autres dommages, même s'ils sont subis également dans l'enceinte de l'hôpital pendant les heures de service.
- L'indemnisation par l'AP-HP suppose une responsabilité pour faute de l'administration.

Les hôpitaux sont souvent saisis de **demandes de dédommagement** de la part de leurs agents, victimes au sein de l'hôpital, au cours de leur service et tout au moins dans l'enceinte de l'hôpital, de préjudices matériels dont ils entendent obtenir réparation.

Se pose alors la question de la **responsabilité** éventuelle de l'hôpital et, le cas échéant, des modalités d'indemnisation des agents.

Certains dommages subis par les personnels hospitaliers dans l'enceinte de l'hôpital sont susceptibles d'être indemnisés et d'autres ne le sont pas.

Les dommages matériels causés aux agents

Deux catégories de dommages peuvent être recensées :

- les dommages subis au cours de l'exercice des fonctions
- les dommages subis dans l'enceinte de l'hôpital pendant les heures de service.

Les dommages subis au cours de l'exercice des fonctions

- Le cas des **bris de lunettes**

Ex. : Un membre du personnel soignant, amené à dispenser des soins à un patient, est victime de ce dernier d'un coup violent asséné de façon volontaire ou involontaire (ex. : patient agité, en phase de réveil...), causant la détérioration de la paire de lunettes.

L'agent victime doit informer son cadre de l'incident aux fins d'établir l'imputabilité de l'accident durant le service et permettre, le cas échéant, une prise en charge liée au remplacement des lunettes.

- De même, la détérioration d'un bijou peut constituer un dommage matériel indemnisable. Une grande réserve s'impose toutefois dans une telle hypothèse : il ne doit pas être procédé à l'indemnisation systématique de bijoux perdus, détériorés ou même volés et dont le port, notamment lors d'actes médicaux, s'avèrerait incompatible avec les conditions d'exercice normal des soins.

Une alliance, voire une chaîne, peuvent être abîmées dans des circonstances semblables à celles d'une paire de lunettes et donner lieu à réparation. Ce type d'indemnisation doit toutefois être restrictivement entendu.

- Le critère essentiel de qualification à retenir dans ces circonstances est le **lien de causalité** entre le dommage et l'exercice des fonctions.

Dommmages subis dans l'enceinte de l'hôpital pendant les heures de service

- Il peut s'agir par exemple d'un **vol** commis dans l'enceinte de l'hôpital

Ex : vols d'effets personnels rangés dans les vestiaires ou dans les bureaux des agents

- Il peut s'agir également de **dégradations** causées aux véhicules personnels des agents garés dans le parking de l'hôpital.

L'indemnisation de ce type de dommage diffère quelque peu de la précédente dans la mesure où le lien avec l'exercice des fonctions est moins évident.

Elle implique, toutefois, de la part de la victime du dommage non seulement une **démarche déclarative** semblable à celle exigée en matière d'accident imputable au service, mais surtout la rédaction d'une requête destinée à prouver une faute de l'hôpital.

La prise en charge de ces dommages, si elle est envisageable, repose sur une application plus stricte du régime de droit commun de la responsabilité de l'administration.

Prise en charge de ce type de dommages

Quelle que soit la nature du dommage subi, le régime d'indemnisation reste le même : le régime de **responsabilité pour** faute de l'administration.

Seul diffère le degré de reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident ou du dommage.

La faute doit être prouvée. La charge de la preuve incombe à l'agent s'estimant victime du préjudice.

La charge de cette preuve se trouvera d'une certaine façon facilitée dans les hypothèses de dommages subis au cours de l'exercice des fonctions, dans la mesure où une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service peut être plus aisément révélée et un accident de service éventuellement reconnu.

Il n'y a donc pas lieu d'une prise en charge systématique des dommages de ce type par les hôpitaux, l'AP-HP ne devant absolument pas être assimilée à une compagnie d'assurances : les agents se méprennent parfois sur l'étendue du champ de responsabilité de l'établissement de santé et sur les termes de leur propre police d'assurance qu'ils s'abstiennent de mettre en œuvre.

Il est important que :

- chaque demande de prise en charge soit étudiée **au cas par cas** et, si elle est rejetée, le cas échéant, le soit par une décision motivée,
- si le principe de l'indemnisation est retenu, dans le cas d'un accident de service (ex. : bris de lunettes) ou d'une faute prouvée de l'hôpital (ex. : vols d'effets personnels en raison de l'absence de mise à disposition d'un vestiaire personnel fermant à clefs), le montant de celle-ci soit **rigoureusement calculé**.

Les documents justificatifs

Il est nécessaire de demander des factures nominatives, des devis détaillés de réparation, toutes pièces attestant d'une prise en charge par des organismes tiers (Sécurité Sociale, mutuelle, assurances.....), et tout document utile à la quantification du dommage, ces pièces permettant de chiffrer précisément la part d'indemnisation restant le cas échéant à la charge de l'hôpital.

Références

- Article 39 du règlement intérieur de l'AP-HP
- Guide AP-HP/DAJDP – février 2007 «*Les préjudices des usagers circulant dans les hôpitaux (personnes et véhicules)*».

72 - En cas de grève ou d'absence injustifiée

Pour aller à l'essentiel...

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent :

- obligation de préavis de 5 jours francs, qui n'inclut ni le jour du dépôt du préavis, ni le jour de déclenchement de la grève,
- en cas de grève généralisée à l'ensemble du personnel, le préavis doit être adressé au Ministre de la santé,
- en cas de grève localisée, il doit être adressé au directeur de l'hôpital.

Grève de personnels - Principe

Définition : Toute cessation concertée et collective du travail de tout ou partie du personnel, en vue de faire pression sur l'administration hospitalière et obtenir satisfaction de revendications.

Le droit de grève est un principe à valeur constitutionnelle.

Limitations de l'exercice du droit de grève

Concernant le pouvoir du directeur d'hôpital en matière d'organisation du service médical, l'article L. 6143-7 du code de la santé publique dispose que le directeur *«exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art»*.

En outre, l'article L. 6146-1 du code de la santé publique prévoit que *«le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique (...) organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.»*

Ainsi, afin d'assurer la continuité du service public, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux hospitalisés et la conservation des installations et du matériel, le directeur (ou l'administrateur de garde) doit mettre en place un service minimum. **Il dispose du pouvoir d'assigner les personnels grévistes.** L'autorité préfectorale peut également faire usage de son pouvoir général de réquisition.

Organisation du service minimum

Il n'existe aucune norme législative ou réglementaire quant à l'organisation du service minimum en milieu hospitalier.

L'organisation du service minimum relève du seul pouvoir du directeur de l'hôpital. Le moment choisi pour déclencher le service minimum doit être concerté avec les responsables des structures médicales concernées. **Ce moment peut donc correspondre au jour et à l'heure choisis pour le déclenchement de la grève.** Les modalités d'organisation du service minimum peuvent évoluer en fonction du mouvement de grève et de sa durée annoncée ou prévisible.

S'agissant de la détermination du nombre d'agents nécessaires à l'exécution du service minimum, **seuls les agents dont la présence est strictement nécessaire doivent être contraints de demeurer en fonction.**

D'une manière générale, les critères retenus doivent tenir compte de la nature, de la densité en personnel, de l'activité du service considéré ainsi que de la qualité statutaire des agents. La recherche de solutions négociées doit être privilégiée.

Désignation / assignation

En cas de grève du personnel médical, le directeur de l'hôpital dispose seul du pouvoir pour assigner les personnels grévistes.

Définition : la désignation est l'acte par lequel le directeur de l'hôpital désigne les agents dont la présence est jugée indispensable pour assurer le fonctionnement du service public hospitalier en cas de grève.

Procédure : aucune disposition législative ou réglementaire n'impose la consultation avec les représentants syndicaux. Cette consultation est toutefois recommandée.

Toute cessation concertée du travail doit être précédée d'un préavis. Ce préavis constitue une étape préliminaire essentielle à l'exercice du droit de grève dans la fonction publique hospitalière et **doit être déposé 5 jours avant le déclenchement effectif de la grève.** Il est nécessaire de demander aux internes de se déclarer grévistes.

A l'AP-HP, le Directeur Général et par délégation le Directeur des ressources humaines sont les destinataires des préavis de grève déposés à l'échelon central. Néanmoins, les directeurs des groupes hospitaliers et des hôpitaux ont également compétence pour réceptionner les préavis qui leur sont adressés. Ils doivent, dans cette hypothèse, en informer le Directeur Général et par délégation le Directeur des ressources humaines. De manière générale, il est important que l'AP-HP accuse réception du préavis en faisant connaître s'il est ou non recevable compte tenu des conditions de validité fixées par la loi, notamment le motif et le délai.

Durant la période de préavis, le directeur de l'hôpital doit établir **une liste nominative des praticiens non grévistes et grévistes astreints au service minimal**. Il doit également constituer **un tableau de garde à porter à la connaissance des intéressés**.

L'assignation doit être nominative et remise en mains propres ou par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle doit comporter la date de son application.

Durant la période de préavis, le directeur de l'hôpital doit établir **une liste nominative des praticiens non grévistes et grévistes astreints au service minimal**. Il doit également constituer **un tableau de garde à porter à la connaissance des intéressés**.

L'assignation doit être nominative et remise en mains propres ou par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle doit comporter la date de son application.

La réquisition

Définition : La réquisition est l'acte qui impose, en cas de grève, à l'ensemble du personnel faisant partie d'un service, considéré comme indispensable pour les besoins des usagers, d'assurer ses fonctions.

Jurisprudence :

- Le 11 octobre 2007, le Tribunal administratif de Paris a rendu, en audience de référé liberté, une ordonnance suspendant une décision du 9 octobre 2007 d'un directeur d'hôpital de l'AP-HP qui réquisitionnait une interne pour assurer une garde le jeudi 11 au soir. Le considérant de principe rappelle que *«s'il appartient au directeur d'un centre hospitalier de prendre les mesures nécessitées par le fonctionnement des services qui ne peuvent en aucun cas être interrompus, en particulier, le maintien en service pendant la journée de grève d'un effectif suffisant pour assurer en particulier la sécurité physique, la continuité des soins (...), il ne peut, toutefois, prendre de telles mesures que si elles sont imposées par l'urgence et proportionnées aux nécessités de l'ordre public au nombre desquelles figurent les impératifs de santé publique ;*

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que l'administration a, en début du mois d'octobre, dressé « la liste de garde des internes chargés de la garde d'intérieur au SAU», pour chacune des journées du mois avec mention éventuelle de la qualité de gréviste ou de non gréviste de l'interne concerné, Mademoiselle V... ayant été désignée pour assurer une garde le 11 octobre et notée comme gréviste ; que le Professeur R... travaillant dans le service de ... a attesté n'avoir pas été sollicité pour assurer une garde le 11 octobre 2007 ; qu'ainsi, en réquisitionnant une interne gréviste, dont il savait au moins dès le 1^{er} octobre qu'elle l'était, sans avoir recherché au préalable si d'autres praticiens hospitaliers non grévistes pouvaient assurer la garde du 11 octobre 2007, le directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a entaché la décision litigieuse d'une illégalité manifeste qui porte une atteinte grave à la liberté fondamentale que constitue le droit de grève ; qu'il y a lieu, par suite, d'ordonner la suspension de la décision litigieuse (...).

- Il convient donc, au vu de cette décision de **demander au préalable aux praticiens «seniors» de prendre les gardes, dans le cadre d'un service minimum défini par les chefs de pôles et les chefs de service ou d'unité, avant toute réquisition des internes grévistes.** Compte tenu de cette décision, il est impératif que les responsables répondent aux directeurs par écrit (mail ou note).
- Attention, les délais du référé-liberté sont très court (24 h., voire moins) : la DAJ doit être immédiatement avisée de la mise en œuvre de cette procédure.

Absences de dernière minute – Absences injustifiées

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit :

- **veiller au remplacement** du personnel absent dans les meilleurs délais,
- établir un **rapport** sur les circonstances de l'absence du personnel,
- adresser un courrier nominatif recommandé avec accusé de réception (LR/AR) aux membres du personnel concernés les mettant en demeure de justifier leur absence et l'invitant à reprendre leur poste.

Attention : ces pièces peuvent être éventuellement utilisées dans le cadre d'une procédure disciplinaire ou de licenciement contre le ou les agents concernés. Elles doivent donc être établies avec précision.

Refus de se déplacer pour une garde

Le directeur (ou l'administrateur de garde) doit :

- rappeler au professionnel de santé ses obligations, ainsi que les sanctions et responsabilités encourues en cas de refus de se déplacer (responsabilité pour faute personnelle détachable du service),
- rédiger un **rapport circonstancié et détaillé**, sur les conditions dans lesquelles le professionnel a refusé de se déplacer.

L'ensemble de ces pièces pourra le cas échéant être utilisé dans le cadre d'une procédure disciplinaire ou contentieuse pour dégager la responsabilité de l'hôpital. Un refus de se déplacer en cas de garde constitue un refus d'obéissance à un ordre régulièrement donné pour le service et constitue à ce titre une faute disciplinaire.

Liste des sociétés d'intérim et numéros de téléphone :

Références

- Article L. 2512-2 du code du travail

73 - Les frais de transport sanitaire

Pour aller à l'essentiel...

- L'assurance maladie ne prend en charge les frais de transport des patients par ambulance que dans cinq situations strictement définies.
- Les règles de facturation sont différentes selon que le transport est primaire ou secondaire.

La prise en charge des frais de transport par ambulance ou véhicule sanitaire léger (VSL)

L'assurance maladie ne prend en charge les frais de transport par ambulance que dans **cinq situations** (art. R. 322-10 du code de la sécurité sociale).

- **Les transports liés à une hospitalisation** : entrée et sortie de l'hôpital (hospitalisation complète, partielle et ambulatoire, sous réserve d'entente préalable si la distance aller est supérieure à 150 kms ou il s'agit de transports en série), transfert définitif vers un autre hôpital ;
- **Les transports pour des soins directement en rapport avec une affection de longue durée** (article L. 324-1 du code de la sécurité sociale) ou des **soins continus supérieurs à six mois** (transports pour chimiothérapie, dialyse, radiothérapie) ;
- Les transports par ambulance lorsque **l'état du malade justifie un transport allongé ou une surveillance constante** ;
- **Les transports de longue distance** : lieu distant de plus de 150 kms, sous réserve d'entente préalable ;
- **Les transports en série** : lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et pour une distance aller supérieures à 50 km.

Il appartient au médecin qui prescrit un transport d'apprécier avec vigilance le mode de transport le mieux adapté à l'état du patient et d'**établir par écrit une prescription médicale de transport**.

Les transports inter-hospitaliers sont à la charge de l'établissement demandeur, prescripteur du transport, sauf pour les transferts définitifs réalisés par des ambulances privées et remboursés directement par la Sécurité sociale.

Dans le cas où un patient hospitalisé est convoqué par l'établissement d'origine pour une consultation ou un traitement faisant suite à une hospitalisation dans ses services, c'est cet établissement d'origine, prescripteur de la consultation ou du traitement, qui est tenu de prendre en charge les frais de transport.

Le transport sanitaire peut-être primaire ou secondaire

Cette distinction est essentielle puisqu'elle détermine les règles de facturation applicables en la matière.

1. Un transport est primaire lorsqu'il est effectué en vue de l'admission d'un malade dans un établissement ou en vue de sa sortie définitive.

Ces transports sont pris en charge directement par la sécurité sociale s'agissant des assurés sociaux.

2. un transport est secondaire lorsqu'il est effectué pour transférer un malade d'un hôpital à un autre. Ce transfert peut-être :

- **provisoire** : le malade est transféré dans un établissement plus spécialisé, pour soins ou diagnostic, avec retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures ;

Les frais de transport sont dans ce cas à la charge de l'établissement d'origine. Cette règle s'applique dans tous les cas, qu'il s'agisse de transferts effectués par une ambulance de l'AP-HP ou par une ambulance privée titulaire ou non d'un marché avec les hôpitaux.

- **définitif** : le malade quitte, même provisoirement, le premier établissement pour une durée supérieure à 48 heures. Le malade est considéré comme sortant du premier hôpital et le second séjour hospitalier donne lieu à admission.

Si le transfert est effectué par une ambulance de l'AP-HP, les frais sont à la charge de l'hôpital demandeur de l'AP-HP et ne doivent pas donner lieu à facturation à l'égard des organismes d'assurance maladie.

Si le transfert est effectué par une ambulance privée, les frais de transport sont à la charge de la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré.

Toutefois, les frais de transport relèvent également de l'AP-HP (hôpital demandeur) si le transfert est effectué par une ambulance privée titulaire d'un marché prévoyant ce type de prise en charge.

Références :

- article L. 324-1 du code de la sécurité sociale
- article R. 322-10 du code de la sécurité sociale

74 – Le dépôt de plainte

Pour aller à l'essentiel...

- La main courante consiste uniquement à faire noter les faits rapportés dans le registre tenu par le commissariat ou la gendarmerie.

Contrairement à la plainte, elle ne sera pas transmise au Procureur de la République et ne pourra donc pas déclencher de poursuites.

- La victime peut déposer plainte dans n'importe quel commissariat.
- Il n'y a pas de délai pour déposer une plainte (en dehors du délai de prescription de l'infraction).
- Toute plainte déposée doit être recueillie par les officiers de police judiciaire (OPJ).

Principe

La plainte est l'acte par lequel une **personne physique** ou **morale, majeure, incapable majeure** ou même **mineure**, porte à la connaissance des autorités de police ou de justice la commission d'un **crime**, d'un **délit**, voire d'une **contravention** dont elle s'estime la **victime**, ou dont elle estime que la personne dont elle est **civilement responsable** en a été la victime.

Un hôpital ne peut se substituer à son agent et déposer plainte en son lieu et place en application du principe «*nul ne plaide par procureur*». Ainsi, la plainte d'un hôpital ne peut-elle constituer une plainte de substitution, mais bien une **plainte autonome** au titre du propre préjudice de l'établissement, qui devra alors être chiffré (plainte avec constitution de partie civile).

De même, le fait qu'un agent refuse de déposer plainte ne constitue pas un obstacle au dépôt de plainte par l'hôpital toujours au titre de son préjudice propre.

Ceci indiqué, l'accompagnement de l'agent victime d'une infraction, par le chef de sécurité, le chef du personnel, voire le directeur des ressources humaines, dans ses démarches auprès des autorités judiciaires peut attester du soutien de l'établissement à l'égard de son agent.

Pour qu'il y ait infraction, trois conditions doivent être réunies :

- il faut que l'infraction ait causé un **préjudice**, c'est à dire qu'elle ait constitué une atteinte aux biens, au corps, à l'honneur d'une personne ;
- la victime doit prouver la **réalité de l'infraction et du préjudice** subi par tout moyen. Il est nécessaire d'apporter tous les éléments justificatifs qui permettront d'apprécier la réalité des faits reprochés. Parmi les éléments de preuve figurent par exemple le certificat médical, l'arrêt de travail occasionné par le dommage subi, les témoignages, des photographies... S'il s'agit au contraire d'un dommage matériel, il faudra conserver toutes les factures correspondant à la réparation des objets endommagés ou volés (portière de voiture facturée, vitre brisée...)

- le type d'infraction concernée doit être punie par **la loi**.

La plainte peut être déposée contre l'auteur nommément désigné ou, s'il n'est pas connu ou identifié, «contre X».

La victime dispose d'un délai au delà duquel elle perd ses droits à saisir la justice pénale. On parle du **délai de prescription**. Il s'agit du délai pendant lequel les infractions peuvent être poursuivies et sanctionnées. Le délai de prescription varie en fonction de la nature de l'infraction :

- **un an** pour les contraventions,
- **trois ans** pour les délits (vol, coups et blessures par exemple),
- **dix ans** pour les crimes (meurtre par exemple).

A l'expiration du délai, la victime ne pourra demander réparation que devant les juridictions civiles, dans le délai de 10 ans

Les modalités du dépôt de plainte

1. La plainte simple :

La victime peut porter plainte :

- soit au **commissariat de police ou à la gendarmerie** le plus proche du lieu de l'infraction. La déposition est recueillie oralement et attestée par un procès verbal de réception de plainte. L'intéressé reçoit en retour un récépissé indiquant la date et la nature de l'infraction. **La plainte est obligatoirement transmise au procureur de la République.**
- soit **directement auprès du Parquet du tribunal de grande instance** du lieu de l'infraction en adressant une **simple lettre au procureur**. La lettre doit préciser l'état civil complet, le récit détaillé des faits, la date et le lieu de l'infraction, l'estimation du préjudice et les éléments de preuve.

Une fois la plainte déposée en bonne et due forme, la victime doit être patiente, car la loi ne fixe **pas de délai imparti** au procureur de la République pour se prononcer. Sans nouvelle du suivi de la plainte au bout de quelques mois, la victime peut se renseigner au **bureau d'ordre du parquet** pour savoir quelle suite a été donnée au dossier.

Le suivi :

En cas de dépôt de plainte simple, le parquet peut décider :

- *du classement de la plainte* et de ne pas poursuivre. La décision du procureur est discrétionnaire. Il peut décider du classement, car la plainte n'est pas considérée comme présentant des éléments de gravité ou ne constitue pas une infraction, ou encore que l'auteur est inconnu et a toutes les chances de le rester.

- de décider de *l'ouverture d'une information*. Le procureur demande alors la désignation d'un juge d'instruction afin de recueillir tous les éléments utiles à la manifestation de la vérité.
- de faire usage de *la médiation pénale* avec l'accord des parties. La médiation pénale répare le dommage causé tout en contribuant à la réinsertion sociale de l'auteur.

2. La plainte avec constitution de partie civile :

La plainte avec constitution de partie civile n'est possible qu'en cas de crime ou délit. Il s'agit d'une plainte sur papier libre, datée, signée, motivée, adressée à «Monsieur le juge d'instruction» du TGI.

La victime y exprime sa volonté de se constituer partie civile, c'est-à-dire de demander en plus de la condamnation pénale, le versement de dommages et intérêts.

La constitution de partie civile peut se faire en cours de procédure si la victime a déposé une plainte simple et a souhaité demander ultérieurement des dommages et intérêts.

Le suivi :

En cas de dépôt de plainte avec constitution de partie civile, le classement sans suite n'est pas possible. Le juge d'instruction ouvre **obligatoirement** une information. A l'issue de l'enquête, il peut renvoyer l'affaire devant la **juridiction de jugement** ou rendre une **ordonnance de non lieu**.

Attention :

■ Les arrêtés de délégation au sein de l'AP-HP prévoient que les directeurs des groupes hospitaliers et des pôles d'intérêt commun, bénéficiaires de cette délégation dans le domaine des affaires juridiques ont délégation (et peuvent déléguer leur signature en cette matière aux administrateurs de garde) pour signer les décisions et les actes se rattachant au dépôt de plainte à l'encontre de toute personne, à l'exception de personnels relevant de leur autorité et du régisseur d'avances et de recettes de leur hôpital, coupable d'une infraction pénale constitutive d'un préjudice matériel d'un montant inférieur à 4 500 euros, commise au détriment du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun.

Au-delà de ce seuil de 4 500 euros, la compétence revient au directeur des affaires juridiques.

■ La plainte doit être distinguée du signalement des crimes et des délits que peuvent constater les personnels de l'hôpital dans l'exercice de leurs fonctions. Ce signalement, obligatoire au titre de l'article 40 du code de procédure pénale (sous réserve le cas échéant des précautions qui peuvent être liées au secret professionnel), doit être effectué en principe par l'administrateur de garde dès lors qu'il prend connaissance des faits.

Lorsque les faits sont sensibles, il est recommandé de prendre contact avec l'administrateur de garde de la Direction générale ou avec la DAJ pour décider de qui procédera à l'information des autorités judiciaires, entre le représentant de l'hôpital ou celui de la Direction générale.

Pour mémoire, l'article 40 du code de procédure pénale prévoit notamment que *«Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs»*.

Références

- Articles 15-3 et s. du code de procédure pénale,
- Article 39 du règlement intérieur type de l'AP-HP.

75 – La protection des agents victimes de violences à l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

- L'administration hospitalière est tenue de protéger ses agents contre les menaces, violences, voies de fait ou injures, diffamations ou outrages dont ils sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté (art. 11 de la loi du 13 juillet 1983, Statut général des fonctionnaires).

Principe et procédure

La mise en œuvre de l'assistance juridique définie à l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 implique, pour l'agent et l'hôpital, de respecter différentes obligations.

Tout agent victime d'une agression au cours de l'exercice de ses fonctions doit, sans délai, déposer **plainte** soit **personnellement**, soit accompagné **du chef de sécurité de l'hôpital** ou d'un **cadre** au commissariat le plus proche du lieu de l'agression.

Afin de se protéger contre d'éventuelles représailles de l'auteur de l'infraction, la victime aura tout intérêt, lors de son dépôt de plainte, à **indiquer l'adresse de l'hôpital** et non son adresse personnelle.

Une inscription " en main courante", à la différence d'une plainte, n'entraînera pas de déclenchement de la procédure pénale. Elle permettra uniquement de consigner des faits dans un registre de police ([v. fiche n° 74](#)).

L'agent doit en outre, informer la direction de l'hôpital. Celle-ci doit alors en informer la Direction des Affaires Juridiques (DAJ), qui est chargée, outre sa mission de conseil en la matière, des modalités de mise en œuvre de l'assistance juridique. La DAJ la tiendra informée des plaintes déposées par les agents de l'AP-HP, ainsi que de celles déposées au nom des hôpitaux. Surtout, ceci permettra d'optimiser la coordination avec les directions hospitalières locales dans l'application de la protection fonctionnelle.

La saisine de la DAJ se concrétise par la **transmission d'un dossier** comprenant un certain nombre de documents :

- la copie de la plainte de l'agent
- la copie de celle déposée par l'hôpital, le cas échéant
- un rapport relatant l'ensemble de la situation

- si possible, des témoignages
- tout document utile à la défense des intérêts de l'agent et de l'AP-HP
- la demande d'assistance juridique de l'agent victime de l'agression (demande manuscrite rédigée par l'agent et sollicitant la protection fonctionnelle de «l'article 11»).

La constitution d'un tel dossier permettra d'apprécier le rattachement de l'atteinte subie par l'agent à l'exercice de ses fonctions.

Dans l'hypothèse où le Procureur décidera de donner suite à la plainte, il fixera une date d'audience et la notifiera sous forme d'un «avis à victime» au domicile du plaignant. Dès notification de cette date d'audience, le directeur de l'hôpital saisi par son agent, doit immédiatement en informer la DAJ et transmettre la demande d'assistance juridique de l'agent.

L'assistance d'un avocat n'est pas une procédure automatique s'exécutant sur simple demande de l'hôpital au bénéfice de l'un de ses agents. En effet, cette assistance n'est envisageable qu'à la condition que l'agent victime en ait expressément et personnellement formulé la demande auprès de l'AP-HP.

Dès réception des éléments constitutifs du dossier, la DAJ désignera un avocat chargé de la défense des intérêts de l'agent et le cas échéant de l'AP-HP.

L'agent conserve toutefois la faculté de désigner son propre avocat, sous réserve de l'information préalable de la DAJ.

En tout état de cause, l'avocat ainsi mandaté par la DAJ se constituera partie civile au nom et pour l'agent victime de l'agression, dans le but d'obtenir réparation des préjudices subis et recouvrer, le cas échéant, le montant de l'indemnisation fixé par le juge pénal, auprès du ou des agresseurs.

Les moyens juridiques à la disposition de l'AP-HP face aux situations de violence :

- L'hôpital peut subir un préjudice «par ricochet» lorsqu'un de ses agents est victime d'un acte de violence. Cette situation lui permet de s'impliquer dans le processus juridictionnel, le plus souvent aux côtés de son agent. A l'instar de son agent, l'AP-HP peut donc être amenée à déposer plainte.
- L'AP-HP ne peut se substituer à son agent et déposer une plainte en son lieu et place, en application du principe selon lequel «*nul ne plaide par procureur*».

- La plainte de l'hôpital ne peut donc constituer une plainte de substitution mais bien une plainte autonome. Toutefois, et dès lors qu'un préjudice causé à l'hôpital est identifiable, même mineur, rien ne s'oppose à ce qu'il soit déposé une plainte par l'AP-HP afin «d'accompagner» la plainte de l'agent.
- Le fait que l'agent se refuse à déposer plainte ne constitue pas un obstacle au dépôt de plainte par l'hôpital au titre de son propre préjudice.
- En tout état de cause, le dépôt de plainte par l'hôpital n'est pas obligatoire. Il n'est pas non plus nécessaire aux poursuites pénales.

Références

- Article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983
- Article 39 du règlement intérieur de l'AP-HP

76 – Les situations de maltraitance

Pour aller à l'essentiel...

- Face à une personne en danger ou victime de mauvais traitements, la loi impose de façon générale de ne pas se taire et, face à certaines situations, d'agir.

On entend par maltraitance toute **violence physique**, tout **abus sexuel**, toute **cruauté mentale**, toute **négligence lourde** ayant des **conséquences préjudiciables** sur l'état de santé et, pour un enfant, sur son **développement physique et psychique**.

Les situations les plus souvent rencontrées sont les violences conjugales, les agressions sexuelles intra-familiales, le harcèlement moral ou sexuel en milieu professionnel, la maltraitance d'un mineur ou d'une personne âgée.

Cette procédure s'applique aux situations suivantes :

- suspicion de maltraitance interne à l'AP-HP, signalées par la personne elle-même ou repérées par des personnes externes à l'institution ou par un professionnel de l'institution,
- suspicion de maltraitance externe (domicile, institutions hors AP-HP...) repérées à l'occasion d'une venue à l'AP-HP.

■ L'auteur du signalement et ses modalités

L'évaluation attentive de la situation est un préalable à tout signalement. Elle requiert, chaque fois que cela est possible, la mise en commun, multidisciplinaire, d'informations provenant des différentes approches (médecins, psychologue, assistante sociale pour les mineurs, etc.).

Tous ces éléments doivent être consignés dans le **dossier médical et social** de la victime.

En principe, le signalement s'effectue **par écrit** et est accompagné d'un certificat médical des constatations. Dans la pratique, il peut être donné **par tout moyen**, y compris par appel téléphonique. Dans ce cas, il doit être conservé trace de l'auteur du signalement et la date de l'appel.

L'article 226-14 du code pénal établit une dérogation au **secret médical**. Il prévoit que tout professionnel qui porte à la connaissance des autorités administratives, médicales ou judiciaires un cas de maltraitance n'encourt aucune sanction pénale pour violation du secret professionnel.

Cette disposition autorise la dénonciation des violences, mais d'aucune manière celle de leur **auteur présumé**, que celui-ci en ait fait l'aveu au médecin ou que ce dernier l'ait déduit de ses observations.

Le médecin n'est tenu que de signaler les **faits** constatés, c'est-à-dire seulement les constatations médicales qu'il a été amené à faire.

De même, tout professionnel qui informe les autorités compétentes dans les conditions prévues à cet article n'encourt aucune sanction professionnelle.

Dans un cas flagrant de maltraitance, le médecin ne doit pas hésiter à alerter les autorités administratives (médecin inspecteur de la santé, médecin chef de PMI, assistantes sociales des secteurs ou établissements) et les autorités judiciaires (procureur de la République, substitut).

Cependant, l'article 44 du code de déontologie est nuancé : il permet au médecin d'agir avec prudence et circonspection et de faire un signalement aux autorités administratives et judiciaires en fonction du risque pour protéger au mieux la personne en fonction de plusieurs facteurs (sans oublier, qu'il pourra ultérieurement avoir à se justifier) :

- un signalement aux autorités sur de simples présomptions peut déstabiliser une famille ;
- une surveillance étroite et un accompagnement du milieu familial en équipe pluridisciplinaire (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux) peut être suffisante ; mais le médecin a l'impérieux devoir d'intervenir. Le silence ou l'absence d'intervention sont répréhensibles notamment lorsque le médecin a acquis la certitude des sévices ou mauvais traitements (art 223-6 du code pénal).

La maltraitance du mineur de moins de 15 ans :

Le signalement peut être **administratif** et adressé au président du Conseil général, à l'attention de la **Cellule de recueil et de traitement des informations préoccupantes** (organe créé par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance). Selon les circonstances, ce dernier chargera les services du secteur social polyvalent, le service de PMI ou le service de l'aide sociale à l'enfance de procéder à une évaluation pour estimer l'état de danger et préciser les besoins de l'enfant et de sa famille.

Le signalement peut être **judiciaire** lorsque la protection du mineur apparaît urgente (mauvais traitements avérés, révélation d'abus sexuel). Il est adressé au substitut du procureur de la République en charge des mineurs (au TGI du lieu de résidence habituel du mineur) qui décidera :

- de l'opportunité d'une enquête complémentaire confiée à un service de police ou de gendarmerie ;
- de la poursuite du ou des présumés auteurs de violences en transmettant le dossier à un juge d'instruction ;
- de la saisine du juge des enfants au titre de l'assistance éducative

En urgence, le substitut des mineurs peut intervenir pour prendre toute mesure conservatoire et décider le «placement» du mineur.

Sauf exception (cas d'abus sexuel), **la famille** doit être tenue informée.

En outre, aux termes de l'article L. 226-4-II du Code de l'action sociale et des familles, tout professionnel «qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger **adresse une copie de cette transmission au président du conseil général.** [...]».

La maltraitance du mineur de plus de 15 ans et de l'adulte

L'**autorisation de la victime** doit être obtenue préalablement au signalement, sauf si celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

Le signalement est judiciaire et se fait auprès du procureur de la République sur le fondement de l'article 40 du Code de procédure pénale.

La maltraitance des personnes âgées et des personnes majeures handicapées

A l'AP-HP, une démarche en cohérence avec la politique nationale et régionale de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées est engagée. Aussi, la maltraitance s'inscrit parmi les événements indésirables qui doivent être signalés et consignés par écrit sur la fiche de signalement d' «événement indésirable».

Après avoir **informé la victime** et son **entourage**, le médecin doit s'efforcer d'obtenir le **consentement** de la personne concernée pour toute information ou signalement :

2 hypothèses :

- l'information auprès des **autorités administratives** compétentes (secteur social polyvalent, CCAS,...) : le consentement de la personne vulnérable n'est pas requis
- le **signalement judiciaire** auprès du procureur de la République : en principe, le consentement de la personne vulnérable doit être recueilli.

A titre exceptionnel, le médecin (extrême vulnérabilité, péril imminent pour la victime) peut dans **l'intérêt du patient**, informer et/ou signaler sans le consentement préalable.

Références

- Article 226-14 du Code pénal et article 40 du Code de procédure pénale
- Articles 43 et 44 du Code de déontologie médicale
- Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance
- [Circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002](#) relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées la maltraitance des personnes âgées
- Guide AP-HP «*L'enfant, l'adolescent à l'hôpital*» (2002)
- Document AP-HP «La maltraitance des personnes âgées et des personnes majeures handicapées»

77 – Les risques sanitaires et leur signalement

Pour aller à l'essentiel....

- L'hôpital est exposé à de nombreux risques sanitaires, dont certains font l'objet d'une vigilance spécifique et, en cas d'incident, d'une procédure de signalement obligatoire.
- C'est tout l'objet d'une part du dispositif relatif aux **maladies à déclaration obligatoire (MDO)** et d'autre part des systèmes de **biovigilance**, d'**hémovigilance**, de **matérovigilance**, de **pharmacovigilance**, de **réactovigilance**, de **toxicovigilance**, ainsi que de signalement d'**infection nosocomiale**.
- La survenance de ce type de risque doit être signalée selon des **formes spécifiques**, et en principe **sans délai**, aux instances internes (correspondant vigilance local, CLIN,...), aux autorités sanitaires (DDASS,...) ou aux agences sanitaires (AFSSAPS, INVS,...) concernées.

N° de téléphone de la Coordination des Vigilances et des Risques sanitaires de l'AP-HP :

Dr. Marie-Laure PIBAROT

Tél. : 01.40.27.18.41 – Fax : 01.40.27.19.09

En cas d'urgence aux heures non ouvrables, contacter le standard du siège : 01.40.27.30.00

Les maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Obligation et modalités du signalement :

• Qui doit déclarer ?

Tout médecin ou biologiste suspectant ou diagnostiquant une des maladies à déclaration obligatoire (MDO).

• Liste des 30 maladies à déclaration obligatoire :

botulisme, brucellose, charbon, chikungunya, choléra, dengue, diphtérie, fièvres hémorragiques africaines, fièvre jaune, fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes, hépatite aiguë A, infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, infection par le VIH quel qu'en soit le stade, infection invasive à méningocoque, légionellose, listériose, orthopoxviroses dont la variole, paludisme autochtone, paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer, peste, poliomyélite, rage, rougeole, saturnisme de l'enfant mineur, suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines, tétanos, toxi-infection alimentaire collective, tuberculose, tularémie, typhus exanthématique.

- **Destinataire, délai et forme du signalement :**

La déclaration doit être effectuée auprès du médecin inspecteur de santé publique de la Délégation Territoriale de l'ARS, sans délai, par téléphone ou fax (aux heures non ouvrables, l'astreinte est assurée par la Préfecture du département). Elle doit être notifiée, après confirmation du diagnostic, au moyen d'une fiche spécifique téléchargeable sur le site de l'INVS : <http://www.invs.sante.fr>

Références

- Articles L. 3113-1, R. 3113-1 à R. 3113-5, D. 3113-6 et D. 3113-7 du Code de la santé publique

La biovigilance

Obligation et modalités du signalement :

• Qui doit déclarer ?

Tout médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, biologiste, sage-femme, infirmière ou infirmier, quel que soit son mode d'exercice.

• Produits concernés :

Les produits du corps humains utilisés à des fins thérapeutiques ; les produits, autres que les médicaments, qui en dérivent ; les dispositifs médicaux les incorporant ; les produits thérapeutiques annexes (sont exclus les gamètes et les produits sanguins labiles).

• Les événements devant être déclarés :

La survenance chez un patient, un donneur vivant ou un receveur d'un incident ou d'un effet indésirable lié à un produit concerné.

On entend par :

- «effet indésirable» : la réaction nocive survenant chez un patient, un donneur vivant ou un receveur, liée ou susceptible d'être liée à un produit ou à une activité de biovigilance (la nature de ces activités est précisée aux articles R. 1211-29 et R. 1211-30 du code de la santé publique : voir le site Legifrance)
- «incident» : l'incident lié aux activités mentionnées au 1^o de l'article R. 1211-30 du code de la santé publique (voir sur le site Legifrance), dû à un accident ou à une erreur, susceptible d'entraîner un effet indésirable chez le patient, le donneur vivant ou le receveur.

• Les destinataires, le délai et la forme du signalement :

La déclaration doit être faite auprès du correspondant local de biovigilance. En son absence ou en cas d'urgence, elle doit être effectuée auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), avec information à l'Agence de la biomédecine, sans délai et selon le modèle fixé par l'ANSM et téléchargeable à l'adresse suivante : <http://ansm.sante.fr>.

Références

- Articles L. 1211-7 et R. 1211-29 à R. 1211-48 du Code de la santé publique
- Définition de l'incident et de l'effet indésirable, voir art. R. 1211-31 du Code de la santé publique

L'hémovigilance

Obligation et modalités du signalement :

• Qui doit déclarer ?

Tout professionnel de santé qui constate ou a connaissance d'un effet indésirable survenu chez un receveur de produits sanguins labiles doit le signaler sans délai au correspondant d'hémovigilance de l'hôpital dans lequel a été administré le produit. A défaut de pouvoir le joindre, il doit le signaler au correspondant d'hémovigilance d'un établissement de transfusion sanguine, qui transmettra cette information au correspondant d'hémovigilance compétent.

Le correspondant d'hémovigilance de l'hôpital dans lequel a eu lieu l'administration du produit en cause doit procéder aux investigations et examens appropriés dans le service concerné. Il doit informer le correspondant de l'établissement de transfusion sanguine référent et rédiger, en concertation avec lui, une fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur. Une copie de cette fiche doit être versée au dossier médical du receveur.

Si des effets indésirables susceptibles d'être dus à un produit sanguin labile sont apparus chez un patient auquel ont également été administrés des médicaments dérivés du sang ou des produits biologiques relevant d'une autre vigilance, une copie de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez ce patient doit être communiquée au correspondant de la vigilance concernée.

• Les produits concernés :

Les produits sanguins labiles (PSL)

• Les événements devant être déclarés :

L'hémovigilance comporte pour tout produit sanguin labile :

- 1° le signalement et la déclaration de tout incident grave
- 2° le signalement et la déclaration de tout effet indésirable survenu chez un donneur de sang
- 3° le signalement et la déclaration de tout effet indésirable survenu chez un receveur de produit sanguin labile

On entend par :

1° effet indésirable : la réaction nocive survenue chez les donneurs et liée ou susceptible d'être liée aux prélèvements de sang ou survenue chez les receveurs et liée ou susceptible d'être liée à l'administration d'un produit sanguin labile ;

2° effet indésirable grave : l'effet indésirable entraînant la mort ou mettant la vie en danger, entraînant une invalidité ou une incapacité, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation ou tout autre état morbide ;

3° incident : l'incident lié aux prélèvements de sang, à la qualification biologique du don, à la préparation, à la conservation, à la distribution, à la délivrance ou à l'utilisation de produits sanguins labiles, dû à un accident ou une erreur, susceptible d'affecter la sécurité ou la qualité de ce produit et d'entraîner des effets indésirables ;

4° incident grave : l'incident susceptible d'entraîner des effets indésirables graves.

• Les destinataire, le délai et la forme du signalement :

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et le correspondant régional d'hémovigilance (CRH) doivent être destinataires simultanément des fiches de déclaration d'incident grave et des fiches de déclaration d'effet indésirable survenu chez un donneur ou un receveur. L'Etablissement français du sang (EFS) et le Centre de transfusion des armées (CTSA) doivent chacun être destinataires des fiches de déclaration les concernant.

Références

- Articles L. 1221-13 et R. 1221-22 à R. 1221-52 du Code de la santé publique

La matériovigilance

Obligation et modalités du signalement

• Qui doit déclarer ?

Toute personne, fabricant, utilisateur, ou tiers ayant connaissance d'un incident ou risque d'incident grave.

- **Les produits concernés :**

Les dispositifs médicaux, soit tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

- **Les événements devant être déclarés :**

Tout incident ou risque d'incident grave (ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers) ou événement indésirable mettant en cause un dispositif médical.

- **Les destinataires, le délai et la forme du signalement :**

Le correspondant local de matériovigilance doit être destinataire du signalement. En son absence ou en cas d'urgence, il convient d'informer l'ANSM, avec information du fabricant. Le signalement doit être effectué sans délai pour les incidents ou risques d'incident grave, et de manière trimestrielle pour les événements indésirables.

Références

- Articles L. 5212-1 à L. 5212-3 et R. 5212-1 à R. 5212-42 du Code de la santé publique

La pharmacovigilance

Obligation et modalités du signalement :

- **Qui doit déclarer ?**

Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme, étant ou non prescripteur, le pharmacien, qui a délivré le produit, ou tout autre professionnel de santé.

• Les produits concernés :

Tous les médicaments, y compris les médicaments dérivés du sang, les préparations magistrales, les vaccins, les allergènes, les toxines, les sérums, les médicaments radiopharmaceutiques, les préparations homéopathiques, les produits contraceptifs, les insecticides et les acaricides à usage humains, les gaz médicaux et les autres médicaments d'origine humaine.

• Les événements devant être déclarés :

Tout effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit concerné.

On entend par :

- «effet indésirable grave» : un effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale ;
- «effet indésirable inattendu» : un effet indésirable dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations contenues dans le résumé des caractéristiques du produit.

• Les destinataires, les délais et la forme du signalement :

Le signalement doit être effectué auprès du centre régional de pharmacovigilance (CRPV) compétent.

Il doit être effectué immédiatement après le constat ou la connaissance de la survenance du risque.

Références

- Articles L. 5121-20 et R. 5121-150 à R. 5121-201 du Code de la santé publique

La réactovigilance

Obligation et modalités du signalement :

- **Qui doit déclarer ?**

Tous les professionnels de santé utilisateurs.

- **Les produits concernés :**

L'ensemble des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro après leur mise sur le marché ainsi que les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro fabriqués par un établissement dispensant des soins, pour son propre usage et utilisés exclusivement au sein de ce même établissement, sur leur lieu de fabrication ou dans des locaux situés à proximité immédiate.

- **Les événements devant être déclarés :**

Toute défaillance ou altération susceptible d'entraîner des effets néfastes pour la santé des personnes.

- **Les destinataires, les délais et la forme du signalement :**

Le signalement doit être effectué auprès du correspondant local de réactovigilance. En son absence ou en cas d'urgence, il doit être effectué auprès de l'ANSM. Il doit être réalisé sans délai et selon le modèle fixé par l'ANSM.

Références

- Articles L. 5222-1 à L. 5222-4 et R. 5222-1 à R. 5222-19 du Code de la santé publique

La toxicovigilance

Obligation et modalités du signalement :

- **Qui doit déclarer ?**

Tous les professionnels de santé.

- **Les produits concernés :**

Les produits ou substances naturels ou de synthèse ou les situations de pollution, à l'exception de celles relevant de systèmes nationaux particuliers de vigilance, notamment celui de pharmacovigilance.

- **Les événements devant être déclarés :**

Les cas d'intoxications aiguës ou chroniques aux produits cités ci-dessus, dont les effets toxiques sont potentiels ou avérés.

- **Les destinataires, les délais et la forme du signalement :**

Les correspondants départementaux des centres antipoison (v. les coordonnées sur le site internet suivant : <http://www.centres-antipoison.net>) ; pas de délai réglementaire fixé ; pas de fiche spécifique de signalement.

Références

- Articles R. 1341-11 à R. 1341-22 du Code de la santé publique

L'infectiovigilance (infections nosocomiales)

Obligation et modalités du signalement :

• Qui doit déclarer ?

Le professionnel de santé désigné par le directeur de l'établissement, après avis du CLIN, pour transmettre sans délai les signalements par écrit à la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et au CCLIN.

• Les événements devant être déclarés :

1. Les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier du fait :
 - de l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques ou profil de résistance),
 - de la localisation de l'infection,
 - de l'utilisation d'un dispositif médical,
 - de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux, lors d'un acte invasif.
2. Les décès liés à une infection nosocomiale.
3. Les infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant.
4. Les maladies devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée.

• Les destinataires, les délais et la forme du signalement :

Le signalement doit être effectué auprès de la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS), du CCLIN, de l'équipe d'hygiène du Siège de l'AP-HP, sans délai, sur une fiche de signalement des infections nosocomiales, établie selon le modèle disponible sur le site du CCLIN Paris Nord : http://www.cclinparisnord.org/ACTU_DIVERS/fiche2003.pdf

Références

- Articles L. 6111-1 et R. 6111-1 à R. 6111-26 du Code de la santé publique
- Circulaire DHOS/E2 – DGS/SD5C n° 2001/383 du 30 juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

78 – L’afflux de victimes, les circonstances exceptionnelles et les «plans blancs»

Pour aller à l’essentiel...

L’administrateur de garde doit pouvoir disposer immédiatement de :

- la liste des personnes référents pour l’hôpital en cas de déclenchement du Plan blanc,
- la localisation du «Plan blanc» au sein de l’hôpital.

Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur doit prendre **toutes les mesures** justifiées par la nature des événements et **proportionnées** à la gravité de la situation.

Le comité local d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT local) doit en être informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le directeur (ou l’administrateur de garde) peut faire procéder dans ces circonstances, avec l’accord et en présence des intéressés, à l’**ouverture** des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d’hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, **faire interdire** l’accès de l’hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu’il a décidées. Sont notamment concernées l’ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification par les personnes du motif de leur accès sur le site de l’hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour l’hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur (ou l’administrateur de garde) peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire **procéder en urgence à l’inspection** de certains locaux et à l’examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d’un **périmètre de sécurité** ou d’une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d’urgence, le directeur (ou l’administrateur de garde) doit prendre toutes les mesures indispensables à l’exécution de la mission de service public de l’hôpital, notamment quant à l’accueil, l’accès, la circulation ou le stationnement.

Plan blanc des hôpitaux

Généralités

(v. aussi, première partie du mémento, [«L'organisation de la garde administrative – L'organisation de crise»](#))

La mise en œuvre de la cellule de crise de l'hôpital nécessite l'existence d'un lieu dédié à la gestion de crise, organisé pour être opérationnel dans un délai inférieur à une heure et demie.

Ce local doit rassembler les terminaux des systèmes d'information réservés au temps de crise (téléphone, télécopie, messagerie électronique). Il doit être situé au calme, hors de la chaîne des soins et protégé du public et des journalistes. Les membres de la cellule de crise et leur suppléants doivent être répertoriés, joignables 24h/24 et entraînés à la gestion de crise.

Plans blancs élargis

Ces plans sont des dispositifs de niveau départemental, à la disposition des préfets, leur permettant de coordonner l'engagement géographique des ressources, notamment en matière d'offre de soins.

Si l'afflux de patients ou de victimes où la situation sanitaire **le justifie**, le préfet de département peut procéder aux **réquisitions nécessaires** de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social. Il doit dans ce cas informer sans délai le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), le service d'aide médicale urgente (SAMU) et les services d'urgences territorialement compétents, ainsi que les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan.

Ces réquisitions peuvent être **individuelles ou collectives**. Elles doivent être prononcées par un arrêté motivé fixant la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition, ainsi que les modalités de son application. Le préfet de département peut faire exécuter d'office les mesures prescrites par cet arrêté.

Références

- Articles L. 3110-7 à L. 3110-10 du code de la santé publique,
- Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,
- Article 77 du règlement intérieur de l'AP-HP.

Les mesures fondamentales du Plan blanc des hôpitaux

- modalités de déclenchement et de levée du plan
- activation de la cellule de crise locale
- sécurisation périphérique et contrôle des accès
- organisation de la circulation et du stationnement
- mobilisation des personnels
- mobilisation des matériels
- augmentation des capacités d'hospitalisation
- accueil et orientation des victimes
- traçabilité des patients hospitalisés
- information des familles et des proches
- communication interne et externe

Dispositif «PLAN BLANC» de l'hôpital :

Coordonnées utiles :

79 – La sécurité incendie

Insérer ici les consignes locales obligatoires de l'hôpital :

80 – Le plan national «canicule»

Ce plan repose sur trois niveaux d'alerte, en fonction de l'élévation de la température atmosphérique.

- le **niveau 1 «veille saisonnière»** : il correspond à une situation de veille pendant la période du 1^{er} juin au 1^{er} octobre ;
- le **niveau 2 «mise en garde et action»** : il correspond à un niveau d'alerte activée en fonction des prévisions de Météo France, de dépassement pendant trois jours consécutifs des seuils biométéorologiques qui sont pour l'Ile-de-France : 31°C la journée et 21°C la nuit ;
- le **niveau 3 «mobilisation maximale»** : canicule avec impact sanitaire, étendue.

La décision de passage au niveau 2 ou 3 est prise par les autorités préfectorales.

Le Plan national canicule se décline localement par un Plan de gestion d'une canicule départemental (PGCD). Ce plan élaboré par le préfet de département comprend quatre volets : a) l'organisation des services publics, b) les personnes âgées et personnes handicapées, c) la santé publique et d) les établissements de santé et professionnels de santé.

Le quatrième volet concerne les hôpitaux accueillant des personnes âgées et consiste à mettre en place un «Plan bleu» qui fixe le mode général d'organisation de l'hôpital pour faire face à la survenue d'une canicule.

81 – Les inondations

Insérer ici les consignes locales obligatoires de l'hôpital:

82 – Les agents de sécurité

Insérer ici les consignes locales concernant les agents de sécurité telles qu'elles résultent des contrats passés avec les sociétés privées de gardiennage :