

Admission des patients dans les services en périodes d'afflux exceptionnel

22/01/2001

L'admission de patients dans les services des hôpitaux en période d'afflux exceptionnel conduit parfois les directions à admettre ces derniers dans des services qui ne sont pas compétents en raison de la pathologie à prendre en charge. Aussi convient-il d'examiner les responsabilités encourues en cette matière, qui s'apprécient au regard des obligations légales et réglementaires des directeurs et des praticiens.

1 - La réglementation

1- 1 Les obligations à la charge du directeur

L'article L 6112-2 (ex article L 711-4) du code de la santé publique prévoit que les établissements publics de santé sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, qu'ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

La première obligation du directeur d'hôpital à l'égard des patients a donc pour objet l'accueil de ces derniers, dès lors que leur état de santé le justifie ; en application du principe d'égalité d'accès au service public, aucune discrimination n'est susceptible d'être opérée entre les malades (alinéa 4 de l'article L 6112-2), cette obligation étant reprise dans le texte de la charte du patient hospitalisé dont le paragraphe 1, alinéa 1 rappelle que : " *les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses* ". Encore faut-il, assurément, que l'évaluation de l'état de santé du malade ait été opérée.

Tel est l'objet de l'avis médical délivré par le médecin ou l'interne de l'établissement, au vu duquel le directeur de l'hôpital, conformément aux dispositions de l'article 2 du [décret n° 74-27 du 14 janvier 1974](#) relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, prononce l'admission.

Tel est également, en dehors des situations d'urgence objectivées par un passage du patient au service des urgences, l'objet du certificat médical établi par le médecin traitant ou le médecin de la consultation hospitalière, au vu duquel le directeur prononce également l'admission en vertu des mêmes dispositions.

L'on perçoit d'ores et déjà, à travers la rédaction de ces dispositions, tant celles l'article L 6112-2 du code de la santé publique que celles du [décret du 14 janvier 1974](#), qui mêlent de manière étroite la notion d'urgence médicale, de premiers soins et celle, distincte d'admission, que les obligations à la charge du directeur sont en réalité régies par un régime distinct suivant que le malade présente ou non un état de santé nécessitant des soins immédiats.

1-1-1 En cas d'urgence médicale

Les dispositions de l'article 4 du [décret du 14 janvier 1974](#) qui régissent les conditions d'admission des patients en cas d'urgence médicale sont tout à fait explicites : le directeur **doit** prononcer l'admission si l'état du malade ou du blessé réclame des soins urgents. Aucune ambiguïté n'existe donc sur ce point : si des soins urgents sont nécessaires, **l'admission doit être prononcée**.

Cette obligation d'accueil peut cependant prendre une forme différente lorsque les conditions spécifiées par l'article 5 du même décret se trouvent réunies. Ainsi, lorsque les soins urgents qui doivent être prodigués au patient relèvent " *d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement* ", nécessitent " *des moyens dont l'établissement ne dispose pas* " ou lorsque " *l'admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier* ", elle doit se décliner en deux actions distinctes :

- Le directeur doit " *provoquer les premiers secours* " ;
- Il doit ensuite prendre " *les mesures nécessaires pour que le malade ou blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis* ".

Il convient ici de préciser que la dérogation à l'obligation d'admission *in situ*, doit être interprétée de façon restrictive, précisément parce qu'elle constitue une exception. Ainsi le manque de place ne peut, à soi seul, justifier le recours à la

procédure spécifique de l'article 5 du décret du 14 janvier 1974 ; il faut de surcroît que l'admission en urgence constitue " *un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier* ", risque qui ne peut se réduire aux seules conséquences du sureffectif, mais qui doit être caractérisé de manière précise et circonstanciée.

Une présence en surnombre de malades n'est ainsi pas à elle seule susceptible de créer un dysfonctionnement. Elle peut simplement créer une gêne dans l'exécution du service, qui serait insusceptible de fonder une décision de transfert, et à fortiori de non admission.

En tout état de cause, même lorsqu'un risque précis et identifié de dysfonctionnement du service est de nature à fonder une décision de transfert, cette circonstance est sans incidence sur l'obligation qui subsiste, d'apporter au malade les soins urgents que son état réclame.

Les autres dispositions repérables en matière d'admission, et spécifiques aux services d'urgence, s'inscrivent dans la logique précitée, à savoir l'obligation absolue d'assurer les premiers soins, et l'obligation quasi-absolue d'admission in situ, avec dérogation possible sous forme de transfert.

Il en est ainsi des articles R-712-63 à 79 du code de la santé publique régissant les conditions de fonctionnement des services d'accueil et de traitement des urgences et notamment les articles R 712-65 et R 712-68 aux termes desquels les services d'accueil et de traitement des urgences ainsi que les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences, doivent accueillir sans sélection tous les jours de l'année et 24h sur 24 toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.

En résumé , l'urgence médicale impose l'admission in situ du malade , dont le transfert vers un autre établissement ne peut constituer une alternative admissible en raison d'un manque de places disponibles que de manière tout à fait exceptionnelle et seulement si un dysfonctionnement du service, et non une simple gêne dans son exécution, doit en résulter, ou si l'établissement n'est pas à même de prodiguer les soins nécessaires. En tout état de cause l'obligation d'assurer les premiers secours et soins d'urgence au sein de l'établissement initialement saisi ne peut en aucun cas être méconnue.

1-1-2 En dehors de l'urgence médicale

L'article 2 du [décret du 14 janvier 1974](#) fixe les conditions dans lesquelles " *l'admission est prononcée par le directeur*", en subordonnant celle-ci au certificat ou à l'avis d'un médecin, qu'il s'agisse d'un médecin hospitalier, d'un interne ou du médecin traitant du patient.

Le directeur se trouve ainsi en situation de compétence liée pour toute présentation d'un malade dont l'état de santé justifie l'hospitalisation, que cet état de santé nécessite des soins d'urgence ou non.

La sanction de cette obligation d'admission, en dehors de l'engagement des diverses formes de responsabilité, est du reste organisée de manière spécifique par l'article 3 du [décret](#) précité, qui confère au préfet un pouvoir de substitution lorsque l'admission a été refusée par le directeur alors que les disponibilités en lits de l'établissement sont suffisantes.

Précisons à cet égard que ces dispositions de l'article 3 du [décret du 14 janvier 1974](#) n'ont pas été abrogées ni modifiées par l'[ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996](#) laquelle, si elle a opéré un transfert de compétences du représentant de l'Etat au profit du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, l'a fait de manière limitative pour certaines dispositions du code de la santé publique précisément définies (article 12 de l'ordonnance) sans le prévoir expressément pour le décret précité.

Peut on déduire a contrario des dispositions de l'article 3 du [décret du 14 janvier 1974](#) que lorsque l'établissement est saturé, le directeur dispose, hors le cas d'urgence, d'une faculté de refuser l'admission d'un patient ? Rien n'est moins sûr compte tenu des dispositions combinées des articles 2 et 3 de ce décret; tout au plus peut on affirmer avec certitude que dans ce cas, le préfet ne dispose pas du pouvoir de se substituer au directeur de l'établissement.

Une obligation, pour le directeur de l'établissement d'organiser l'admission du patient dans un autre hôpital en cas d'indisponibilité de places (toujours hors le cas d'urgence médicale) existe-t-elle ?

Aucune des dispositions précitées ne répond directement à cette question. Il semble toutefois qu'il puisse y être répondu

par l'affirmative si, en cas de refus d'admission in situ par le directeur hors cas d'urgence médicale, la non organisation de l'admission du patient dans un autre établissement a pour conséquence de lui causer un dommage dont il serait susceptible de demander réparation, même si ce dommage se limite à une seule perte de chance.

En résumé, dans les cas où aucune urgence médicale n'est constatée, le directeur de l'établissement est tenu de prononcer l'admission du malade dès lors qu'il dispose des places suffisantes en lits, au risque de voir le préfet user du pouvoir de substitution qu'il tient des dispositions de l'article 3 du décret du 14 janvier 1974. Il ne peut, sur un fondement juridique solide, refuser l'admission du patient faute de places disponibles ; il est donc recommandé dans ce cas soit d'envisager un accueil en surnombre, soit d'organiser l'admission dans une autre structure si un retard dans la prise en charge du patient est de nature à lui créer un préjudice même sous forme d'une simple perte de chance.

1-2 Les obligations à la charge des chefs de service et des autres praticiens hospitaliers

L'article 2 du statut des praticiens hospitaliers leur fait obligation d'assurer les soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier.

L'article 9 du [code de déontologie médicale](#) inscrit en outre l'obligation d'assistance à tout malade ou blessé en péril, avec pour seule réserve les dispositions de l'article 70 du même code qui prévoient que le médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Par suite, dès lors que l'état de santé du patient revêt un caractère d'urgence, tout praticien doit prodiguer les soins nécessaires dans la limite de ses compétences professionnelles, sauf à ce que des circonstances exceptionnelles lui imposent d'intervenir alors qu'il ne dispose ni des connaissances ni des moyens nécessaires.

Il suit de là qu'un médecin ne serait fondé que de manière tout à fait exceptionnelle à refuser la prise en charge d'un patient en cas d'afflux massif à l'hôpital, et ce même si la pathologie en cause ne paraît pas relever de sa spécialité. En effet, une fois la décision d'admission prise par le directeur, le malade entre de manière irréversible dans la sphère de compétence du médecin sous la responsabilité duquel il est placé, que ce médecin exerce la spécialité ou non dont relève la pathologie du malade.

Si cette pathologie relève par exemple du domaine de la médecine générale, tout médecin, quelle que soit sa formation est supposé disposer de la compétence technique suffisante pour la prendre en charge, et ne pourrait que vainement se prévaloir devant le juge des dispositions de l'article 70 du [code de déontologie médicale](#) pour justifier un refus de soins.

Ainsi, un médecin exerçant habituellement une spécialité à l'égard des enfants peut se voir investi, par l'effet d'un afflux massif de patients, de la mission de prodiguer des soins à des malades adultes atteints de la même pathologie (et inversement) ; il ne pourra alors se prévaloir utilement de ces dispositions devant le juge pour justifier le non respect de l'obligation de soins qui était la sienne en raison de l'urgence.

Dans ces deux hypothèses en effet, le médecin est réputé disposer de la compétence professionnelle et des moyens suffisants pour assurer les soins.

Une fois prodigués ces premiers soins, le médecin non naturellement compétent à raison de la discipline peut-il refuser de continuer à donner les soins en estimant que le service naturellement compétent doit prendre le relais ?

Si le service naturellement compétent demeure saturé du fait de l'afflux des malades, la réponse est clairement négative : refuser les soins constituerait une exposition du malade à un dommage susceptible d'engager la responsabilité de l'hôpital, et éventuellement la responsabilité personnelle du praticien.

Dans le cas où l'afflux s'est résorbé, une réponse affirmative peut être apportée. Il convient alors de veiller à la continuité des soins prescrite par l'article 47 du [code de déontologie médicale](#).

En cas de litige, le juge appréciera en tout état de cause au cas par cas si le médecin a bien répondu à la demande d'urgence et s'il a prodigué les actes conservatoires qu'il était en mesure de réaliser, compte tenu non seulement de sa formation, de sa spécialisation mais aussi de son expérience professionnelle.

1-3 L'articulation des rôles entre le directeur et les praticiens

L'article L 6143-7 (ex. article L714-12) du code de la santé publique énonce les missions du directeur, précisant qu'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.

Il lui appartient donc de mettre en œuvre les mesures nécessitées par l'application de ces principes et d'en faire assurer le respect. Il lui appartient en particulier d'organiser la prise en charge des patients admis en urgence, dans le respect de la réglementation applicable et en lien avec la communauté médicale et ses représentants.

Il convient à cet égard de souligner le fait que les difficultés régulièrement portées à la connaissance de la direction des affaires juridiques trouvent en partie leur origine dans un dimensionnement inapproprié du dispositif d'accueil dans les périodes désormais prévisibles d'afflux massif de patients, conduisant à la nécessité d'imposer au cas par cas, et dans des conditions souvent conflictuelles les patients dans des services non naturellement compétents.

Fondée en droit, cette pratique des directions hospitalières gagnerait sans aucun doute à être organisée de façon prévisionnelle avec la communauté médicale, de sorte que la prise en charge des afflux massifs de patients à certaines périodes et pour certaines pathologies puisse être traitée selon des protocoles préétablis

2- Les responsabilités

2-1 Les responsabilités administratives

Chargé de veiller à la mise en place d'une organisation et d'un fonctionnement offrant au malade les garanties médicales et non médicales dues par le service public hospitalier, le directeur peut engager la responsabilité de l'hôpital du fait d'une mauvaise organisation ou d'un mauvais fonctionnement du service.

Il peut également, pour les mêmes faits, voir engager sa responsabilité disciplinaire, notamment lorsque la faute commise revêt le caractère d'une faute personnelle.

De même, en leur qualité d'agents publics, les praticiens hospitaliers peuvent, dans l'exercice de leurs missions de service public, qu'il s'agisse des activités médicales proprement dites ou des activités d'organisation et de fonctionnement du service incombant aux chefs de service, engager la responsabilité de la personne publique dont ils dépendent.

Ainsi les juridictions administratives sanctionnent-elles les délais anormalement longs dans la prise en charge ou le traitement des patients (retard dans l'examen d'une parturiente malgré es symptômes inquiétants - [CE 25 juillet 1986 Mme Nogueira](#) - retard de 26 heures dans la transmission d'examens de laboratoire au service des urgences - CAA Paris 13 juin 1989 Consorts Lahuel -).

De même, dans un [arrêt du 16 juin 2000](#), le Conseil d'Etat a retenu l'existence d'une faute de service dans le fait d'organiser le transfert de nouveaux-nés d'un hôpital des Hospices Civils de Lyon vers un autre hôpital du même établissement public de santé où ne se trouvait aucun spécialiste en réanimation néonatale, alors que des soins auraient pu être prodigués dans le premier hôpital si les nouveau-nés y avaient été admis en surnombre ([C.E. Hospices Civils de Lyon 16 juin 2000 n° 196255](#)).

Enfin, il convient de relever que le Conseil d'Etat se réfère, pour caractériser l'existence d'une faute dans l'utilisation des moyens de l'hôpital, aux normes admises, ou aux normes réglementaires lorsqu'elles existent ; ainsi il n'y a pas de faute lorsque les personnels réglementairement requis était présents, même si l'insuffisance de ces personnels a provoqué un retard dans la prise en charge des patients ([CE 20 janvier 1989](#) Centre hospitalier de Compiègne c/ Tavares).

2-2 La responsabilité pénale

Tout acteur administratif ou médical est susceptible de voir sa responsabilité pénale engagée dès lors qu'il a causé un dommage corporel. L'auteur du fait fautif est alors personnellement responsable, quand bien même les intérêts civils resteraient à la charge de l'administration.

Une faute dans l'organisation du service, dans l'exercice de l'art médical, ou encore dans le refus d'exercer cet art, conduisant au décès d'une personne, ou à des dommages corporels, est susceptible ainsi, indépendamment de la mise en jeu de la responsabilité de l'administration pour faute de service, d'engager concurremment la responsabilité pénale de son auteur.

De la combinaison des articles 121-3 et 221-6 du code pénal, dans leur rédaction issue de la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels, le régime de responsabilité applicable varie toutefois selon que la faute a causé directement ou non le dommage.

Si le lien de causalité entre la faute et le dommage est direct, la responsabilité pénale est encourue à raison de toute faute de maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement.

Si en revanche ce lien de causalité est indirect, les personnes physiques qui ont créé ou contribué à créer la situation ayant permis la réalisation du dommage, ne peuvent voir leur responsabilité pénale engagée que pour une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer, ou pour une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement. Indépendamment de cette responsabilité pénale susceptible d'être engagée du chef d'homicide involontaire ou blessures involontaires dans les conditions sus-décrites, les agents administratifs ou médicaux peuvent enfin être poursuivis au titre de l'article 223-6 du code pénal qui réprime la non assistance à personne en danger, notamment dans les cas où les praticiens hospitaliers s'abstiendraient de porter secours à un malade.