

Sommaire

L'admission	4
1 - L'admission en urgence	5
2 - L'admission d'un mineur	6
3 - L'admission du majeur protégé	9
4 - L'admission d'une personne en situation de précarité	11
5 - L'admission d'un patient non ressortissant de l'Union Européenne	13
6 - L'admission d'une personnalité	15
7 - L'admission d'un militaire	16
8 - Les admissions confidentielle et sous le régime de l'anonymat	17
9 - L'admission d'un patient sans identité connue	19
10 - L'admission d'un patient non voyant	25
11 - L'accouchement dans le secret («sous X»)	27
12 - L'admission d'un nouveau-né avec sa mère en maternité	30
13 - La demande d'IVG	32
14 - Face à un blessé, une urgence ou un accident à proximité de l'hôpital	35
15 - La gestion des lits disponibles	37
16 - Les modalités de dépôt des biens des patients	39
Le séjour hospitalier	42
17 - Le consentement aux actes médicaux	43
18 - L'information et le consentement aux soins des majeurs protégés	45
19 - Le consentement du patient mineur	47
20 - Le refus de traitement du patient en état de manifester sa volonté	51
21 - La communication du dossier médical	53
22 - La personne de confiance	60
23 - Problématiques de fin de vie	63
24 - Le secret médical et professionnel	64
25 - L'accès et la fouille de la chambre d'un patient	67
26 - Les visites	68
27 - L'accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers	73
28 - Les pratiques religieuses à l'hôpital	75
29 - Les frais de transport sanitaire	77
La sortie	78
30 - Les sorties à l'insu du service : les « fugues »	79
31 - Les sorties contre avis médical	86
32 - Les sorties disciplinaires	89
33 - La sortie du mineur	90
34 - Les sorties en cours de séjour	91
35 - Le refus de sortie ou de transfert du patient	93

Le décès

95

36 - Les formalités de décès	96
37 - Le décès par mort violente ou suspecte	99
38 - En cas de suicide	101
39 - Le décès périnatal	103
40 - Le dépôt du corps en chambre mortuaire	106
41 - Les transports de corps	107
42 - Les prélèvements à but thérapeutique : le don d'organes ou de tissus	110
43 - Les autopsies médicales et les prélèvements à visée scientifique	115
44 - Les prélèvements sur les personnes décédées en dehors de l'hôpital	117
45 - Le don de corps «à la science»	119

Les relations hôpital/police/justice

120

46 - L'usurpation d'identité	121
47 - L'admission d'un patient en état d'ébriété	122
48 - L'admission d'un blessé par arme	125
49 - L'admission des patients détenus / prévenus / gardés à vue	127
50 - Le signalement des crimes et délits au procureur de la République	132
51 - L'admission d'un patient porteur de drogue ou d'une arme	136
52 - L'admission d'un toxicomane	139
53 - La demande du dossier médical sur réquisition ou perquisition	140
54 - La réquisition d'informations administratives	144
55 - L'audition de patients majeurs	145
56 - L'audition d'un patient mineur	148
57 - Le dépôt de plainte	149

Les soins sans consentement en psychiatrie

152

58 - L'admission en soins sans consentement pour troubles mentaux	153
59 - L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	155
60 - L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (PI)	165
61 - L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	169
62 - L'admission psychiatrique des mineurs	174
63 - L'admission psychiatrique des détenus	175
64 - Prise en charge des majeurs protégés	177
65 - Soins psychiatriques sans consentement au sein du service des urgences (SAU) d'un établissement non habilité	179
66 - Transfert d'un patient soigné sous contrainte pour des soins somatiques	181
67 - Les droits des patients admis sans leur consentement	182
68 - Soins psychiatriques sans consentement et période d'observation et de soins initiale	184
69 - Programme de soins des patients placés sous un régime de soins psychiatriques sans consentement	186
70 - Les sorties de courte durée des patients admis en soins psychiatriques sans consentement	188

La sécurité à l'hôpital 191

71 - Les troubles dans l'enceinte de l'hôpital	192
72 - L'occupation illicite d'un site de l'AP-HP	194
73 - L'alerte à la bombe	196
74 - La circulation et le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital	202

La sécurité technique et sanitaire 204

75- Les risques sanitaires et leur signalement	205
76 - L'afflux de victimes, les circonstances exceptionnelles et les «plans blancs	211
77 - La sécurité incendie	214
78- Le plan national «canicule»	215
79- Les inondations	216
80- Les agents de sécurité	217
81 -Danger grave et imminent et droit de retrait	218
82 - Les dommages matériels causés aux agents	220
83 - En cas de grève ou d'absence injustifiée	222
84 - La protection des agents victimes de violences à l'hôpital	225
85 - La suspension d'un agent	227
86 - Les situations de maltraitance et leur signalement aux autorités compétentes	229

L'admission

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 de ses biens ;
- **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 sur place 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 site hospitalier adapté.

CONDITIONS

Aucun motif ne peut être invoqué pour faire obstacle à cette admission, requise par l'urgence (étant précisé que la notion d'urgence médicale, non définie à ce jour, 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.

Si le patient n'est pas identifié et ne peut décliner son identité, l'admission doit être réalisée provisoirement sous X.

Le patient ou un de ses proches sera invité, quand la situation le permettra, à régulariser la 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 des biens** lorsque le patient n'est pas en mesure de le faire lui-même.
- **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) s'il 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 de l'AP-HP

☞ v. fiche n° 16 : « Les modalités de dépôt des biens des patients »

☞ v. fiche n° 20 : « Le refus de soins »

2 - L'admission d'un mineur

Pour aller à l'essentiel...

- L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale. Elle peut dans certains cas l'être à la demande de l'autorité judiciaire.
- En principe, un patient mineur ne peut donc être admis seul, de sa propre initiative, à l'hôpital
- Bien distinguer les actes usuels des actes non usuels.
- Des situations particulières, dérogent à ces principes (urgence médicale, IVG, demande de soins confidentiels...).

PRINCIPE : L'ADMISSION A LA DEMANDE DU REPRESENTANT LEGAL

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, dans certains cas, 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).

Lorsque le mineur relève 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'OPERER

De manière générale, cette autorisation est demandée uniquement lorsque l'intervention chirurgicale se révèle nécessaire. Elle doit viser avec précision les actes médicaux qui seront pratiqués (une autorisation d'opérer « générale » ne peut convenir).

Toutefois, lorsqu'il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération (telle que l'anesthésie par exemple) ne pourrait être obtenue à bref délai, une autorisation d'opérer peut être rédigée par les parents dès l'admission de leur enfant.

Attention !

- Lorsqu'il existe un désaccord entre les parents sur la décision d'hospitalisation ou la nature des soins et hors les cas d'urgence imposant une intervention médicale 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 A 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 ;
- le mineur dont les liens familiaux sont rompus et qui bénéficie personnellement à ce titre de la PUMa ;
- en cas d'urgence : dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réserve de régulariser la situation auprès des parents 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, sans l'accord de l'un ou de ses deux parents (*v. fiche n° 13: «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 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 (situation très rare en pratique)

QUELQUES RAPPELS SUR L'AUTORITE 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 parents 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 hors le cas du 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, celui-ci reste seul investi de l'exercice de l'autorité parentale. Il en est de même lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard du second parent de l'enfant.

Dans ces deux cas, l'autorité parentale pourra néanmoins être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère auprès 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 et 377-1 du Code civil, situation très rare en pratique) ;
- en cas de retrait total ou partiel de l'autorité parentale concernant un des parents (articles 378 et s. du Code civil).

RAPPEL : AGE DE LA MAJORITE LEGALE DANS DIVERS PAYS

En application de l'article 3 du code civil, l'âge de la majorité est fixé par la loi du pays 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	19 ans pour les hommes 20 ans pour les femmes	Libye	18 ans
Allemagne	18 ans	Luxembourg	18 ans
Angleterre	18 ans		
Autriche	18 ans	Madagascar	21 ans
Belgique	18 ans	Mali	18 ans
Brésil	18 ans	Maroc	18 ans
Burkina Faso	20 ans	Mauritanie	18 ans
Cameroun	21 ans	Monaco	18 ans
République centrafricaine	18 ans	Nigeria	18 ans
Cote d'Ivoire	18 ans	Pakistan	18 ans pour les hommes 16 ans pour les femmes
Congo	21 ans	Pays-Bas	18 ans
Ecosse	16 ans	Pologne	18 ans
Espagne	18 ans	Portugal	18 ans
Etats-Unis	variable	Roumanie	18 ans
Gabon	21 ans	Sénégal	18 ans
		Syrie	18 ans
Grèce	18 ans	Sri Lanka	18 ans
Inde	18 ans	Suède	18 ans
Irlande	18 ans	Suisse	18 ans
Italie	18 ans	Tchad	21 ans
Japon	20 ans	Turquie	18 ans
Liban	18 ans	Tunisie	18 ans

☞ v. fiche n° 19 : « 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 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants,
- Articles 86 et suivants du règlement intérieur de l'AP-HP.
- Voir Guide « l'enfant et l'adolescent à l'hôpital », M. DUPONT et C. REY SALMON (2014)

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), sauf situation d'urgence.

DEFINITIONS

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.

Il est important de prendre connaissance des jugements pris en la matière. Le juge pourra y mentionner des précisions sur l'étendue de la protection de la personne (et donc en matière médicale).

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 du patient 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**.

L'HABILITATION FAMILIALE (EN PRATIQUE, RARE)

Ce mécanisme de mandat judiciaire familial dénommé "**habilitation familiale**", permet aux proches d'une personne hors d'état de manifester sa volonté de la représenter sans avoir à se soumettre à l'ensemble du formalisme des mesures de protection judiciaire que sont la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

Il a vocation à s'appliquer aux situations familiales consensuelles où chacun s'accorde sur le choix d'un proche pour représenter la personne en situation de vulnérabilité.

Le juge des tutelles, après vérification médicale que la personne concernée est effectivement hors d'état de manifester sa volonté, peut, s'il estime que tel est effectivement l'intérêt de la personne, confier un mandat au proche désigné par le consensus familial, visant soit à représenter l'intéressé pour un acte précis, soit à le représenter de manière générale tant pour des actes patrimoniaux que pour des actes affectant la sphère personnelle.

Références

- Articles 425 et suivants du Code civil,
- Articles 101 et 102 du règlement intérieur de l'AP-HP.
- voir Guide AP-HP, Personnes vulnérables et domaine médical – Quels sont leurs droits ? (2007).

- ☞ *v. fiche 16. « Les modalités de dépôt des biens des patients »*
- ☞ *v. fiche 18 : « le consentement des majeurs protégés »*
- ☞ *v. fiche 21 : « la communication du dossier médical »*

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 PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

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 Protection maladie universelle permet à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé.
- **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.

NB : Dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'assurance maladie (soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence), le dispositif de la CMU de base est donc supprimé

LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, implantées à l'hôpital, 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 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 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. 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 : [« PASS à l'AP-HP permanence d'accès aux soins de santé »](#) (décembre 2015)

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 (aujourd'hui ARS – agence régionale de santé -) 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

● Pour obtenir la liste des PASS de l'AP-HP :

<http://www.aphp.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-la-p-hp>

● 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. 6111-1-1 du Code de la santé publique (PASS)

● Article 78 du règlement intérieur de l'AP-HP

● Communiqué ministériel du 21 novembre 1998 (organisation de rondes régulières aux abords des hôpitaux en période de grand froid),

● Circulaires DGAS / 1A 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 PROGRAMMEE

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 (article R. 6145-4 du Code de la santé publique). Elle sera le cas échéant versée par l'intermédiaire du Payeur de l'Ambassade de France du pays concerné.

L'OBLIGATION DE CONTRACTER UNE ASSURANCE PRIVEE

Tout étranger, ressortissant d'un pays non membre de l'Union Européenne et désireux d'entrer en France, qu'il soit soumis ou non à une obligation d'obtention de visa, a pour cela 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 7 du décret n° 2004-1237 du 17 novembre 2004).

PATIENTS ETRANGERS TRAVAILLANT OU RESIDANT DE MANIERE STABLE ET REGULIERE EN FRANCE

Ces personnes bénéficient, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de leurs frais de santé (article L. 160-1 du Code de la sécurité sociale).

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** au regard 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** au patient ou à son représentant et de lui demander un relevé d'identité bancaire.

LES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE

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 (« AME », articles L. 251-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles).

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

- Article 97 de la loi de finances pour 2003 du 30 décembre 2003
- Site internet du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) : <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 en s'assurant préalablement de son accord,
- 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 indiscrétion 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) appréciera s'il convient de prévenir la Direction Générale, l'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° 8 : « L'admission confidentielle et l'admission sous le régime de l'anonymat »*
- ☞ *V. fiche n° 27 : « L'accès des professionnels de la presse dans les locaux hospitaliers »*

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

REGLE GENERALE

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 NUMEROS 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 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 de l'AP-HP.

8 - Les admissions 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 cas échéant, des services de police dans le cadre d'une enquête, sous réserve d'un motif légitime opposé par le médecin prenant en charge le patient.

Le règlement intérieur 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 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, s'agissant des patients **mineurs**, à l'égard 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 (articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique).

L'ADMISSION SOUS LE REGIME DE L'ANONYMAT

Définition

Lors d'un séjour hospitalier, l'anonymat n'est possible que dans **deux cas** expressément prévus par les textes :

- l'accouchement « sous X » ([v. fiche n° 11](#))
- l'admission d'un toxicomane ([v. fiche n° 52](#))

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.

A noter

Lors de son accueil dans un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST), une personne peut également choisir d'être prise en charge de manière anonyme (article L. 3121-2 du Code de la santé publique).

9 - L'admission d'un patient sans identité connue

Pour aller à l'essentiel...

L'admission ne peut être différée dans ces situations, lorsque des soins immédiats sont nécessaires.

Lorsque le patient, après recherches, demeure inconnu, il convient de le signaler à la police.

- 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° 52 : «L'admission d'un toxicomane »](#)) ou l'accouchement dans le secret ([v. fiche n° 11 : « L'accouchement dans le secret \(sous X\) »](#)).

Si tout patient doit en principe décliner son **identité** au moment de son admission, il existe des situations dans lesquelles l'identité du patient est inconnue ou très incertaine, soit parce qu'il est dans l'incapacité de fournir son identité et n'est pas en possession de pièces d'identité, soit parce qu'il est décédé sans avoir pu être identifié.

Cette situation doit être distinguée du cas dans lequel le patient demande son admission confidentielle, afin que sa présence au sein d'un service hospitalier ne soit pas divulguée à des tiers ([v. fiche n° 8 : « Les admissions confidentielles et sous le régime de l'anonymat »](#)).

PATIENT VIVANT DEPOURVU D'IDENTITE CONNUE

La prise en charge médicale du patient dépourvu d'identité connue s'effectue dans les conditions de droit commun. Seul le mode d'inscription dans le dossier administratif à employer est différent. Un guide des procédures d'identitovigilance de l'AP-HP présente la marche à suivre (voir fiche ci-dessous).

En parallèle, l'hôpital peut être tenu de signaler à la police une personne non identifiée.

Une circulaire ministérielle du 13 mai 2005 est venue préciser les conditions de mise en œuvre de ce signalement.

Cette procédure n'est pas systématique. Elle est applicable uniquement 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 est tenu 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 service doit compléter la **fiche de signalement prévue**, de la manière la plus précise et lisible possible.

Cette fiche dûment renseignée doit être envoyée au commissariat de police.

Un double de ce document doit également être adressé à l'Office Central pour la répression des violences aux personnes, dont l'adresse est la suivante

OCRVP

101-103 rue des Trois-Fontanot
92000 NANTERRE
Téléphone : 01 40 97 80 16
Fax : 01 40 97 85 55

Il est recommandé d'informer rapidement, avec la même fiche de signalement, le Service des Recherches Patients de la Direction des Patients Usagers et Associations (DPUA), situé au Siège de l'AP-HP.

Ce service ouvert 7 jours sur 7 fonctionne en lien étroit avec le « Groupe Disparition de la Police Judiciaire » et reçoit les appels de toutes les familles et professionnels à la recherche d'une personne disparue. Ses coordonnées sont :

Fax : 01 40 27 19 87
Téléphone : 01 40 27 40 27
Téléphone responsable : 01 40 27 31 56
Courriel : pole.rip@aphp.fr

En outre, il est nécessaire 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, les services de police doivent être informés de cette identification.

Il est utile aussi de tenir informé le Service des Recherches Patients du Siège (DPUA – v. supra).

PATIENT DECEDE NON IDENTIFIE

Dans l'hypothèse où un patient est décédé sans avoir pu être identifié, il est indispensable en premier lieu, comme pour tout décès, de procéder à la déclaration de décès dans les délais ordinaires.

☞ v. fiche n° 36 : «Les formalités de décès»

Le certificat de décès doit alors être rempli avec la mention « patient non identifié ». Il 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'autorité judiciaire (l'officier de police judiciaire, l'unité de gendarmerie territorialement compétente ou le Parquet) **doit être prévenue**. Elle procédera aux recherches et au signalement nécessaires.

L'officier d'état civil de la mairie rédigera l'acte de décès. Aucun prélèvement d'organes 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 peut 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 service 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.

Cette fiche dûment renseignée sera adressée à police. Un double de ce document doit également être adressé à l'OCRVP à Nanterre.

Si la personne est identifiée ultérieurement, l'hôpital doit informer systématiquement les services de police de cette identification, ainsi que le Service des recherches patients du Siège (DPUA).

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
- Décret n° 2006-519 du 6 mai 2006 portant création d'un Office central pour la répression des violences aux personnes
- Guide des procédures d'identitovigilance de l'AP-HP- juin 2016

Enregistrement des patients ne pouvant décliner leur identité (identité inconnue ou incertaine)

A - La recherche d'antériorité

NOM : II (2 i en lettres majuscules pour Identité Inconnue ou Incertaine) + trigramme du site + jour en toutes lettres + %
PRÉNOM : année en toutes lettres + raccourci du service + %

Exemple de recherche d'antériorité à Saint-Antoine le 31 janvier 2016 aux urgences :

NOM : IISATTRENTEETUN%
PRÉNOM : SEIZEURG%

Regarder le dernier dossier créé de la journée. Par exemple :

Service	Prénom du patient pour 2016
Admissions	SEIZEADMUN, SEIZEADMDEUX
Réanimation chirurgicale	SEIZEREACUN, SEIZEREACDEUX
Urgences	SEIZEURGUN, SEIZEURGDEUX
Radiologie	SEIZERADUN, SEIZERADDEUX

B - L'enregistrement de l'identité provisoire du patient

NOM USUEL : II (2 i en lettres majuscules pour Identité Inconnue ou Incertaine) + trigramme du site + jour en toutes lettres + 4 premières lettres du mois (cocher la case synchroniser)

PRÉNOM : année en toutes lettres + raccourci du service + numéro d'ordre d'arrivée (en fonction des résultats de la recherche d'antériorité)

SEXE : F/M/I

DATE DE NAISSANCE : en fonction de l'âge présumé du patient : 31/12/année approximative

Pour un enfant de moins d'1 an : 01/01/année courante

ADRESSE : adresse de l'hôpital

Exemple :

3ème patient à l'identité inconnue ou incertaine arrivé à Saint-Antoine le 31 janvier 2016 aux urgences, âgé d'environ 50 ans et de sexe masculin :

NOM USUEL : IISATTRENTEETUNJANV
PRÉNOM : SEIZEURGTROIS
SEXE : M
DATE DE NAISSANCE : 31/12/1966
ADRESSE : 184 R SAINT ANTOINE, 75012 PARIS

C - Le transfert du patient à l'identité inconnue ou incertaine

• **Effectuer la sortie du patient** : Pour le nom du site d'accueil : utiliser : % + 3 lettres du nom de l'hôpital

Exemple d'un transfert de patient vers l'hôpital Sainte-Périne :

Saisir : %PER. Sélectionner : GPE HOSP.STE PERINE/LAGACHE (AP-HP)

• **Enregistrer l'identité du patient dans le site d'accueil** :

Hôpitaux d'origine et d'accueil sous Orbis	L'hôpital d'accueil reprend l'IPP précédemment créé (cf. Bracelet posé au bras du patient par l'hôpital d'origine)
Autres cas :	L'hôpital d'accueil ressaisit à l'identique l'identité enregistrée précédemment (cf. Bracelet posé au bras du patient par l'hôpital d'origine)

NB : Aucun changement n'est effectué au niveau du nom, du prénom, de la date de naissance et du sexe sans pièce d'identité.







10 – 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.

Le chien guide est un chien éduqué qui peut rester seul en attendant son maître. Il suffit donc de pouvoir disposer d'un endroit sécurisé (bureau, service de sécurité, etc.), mais accessible à son propriétaire qui doit pouvoir le reprendre facilement à la fin de son activité.

Le chien guide peut être attaché durant l'absence de son maître, mais dans un lieu clos, hors du passage du public, en aucun cas dehors ou exposé aux intempéries, pluie comme grand soleil.

Lorsqu'il y a plusieurs chiens guides, ils peuvent être gardés ensemble, pour une durée de temps limitée et sans autres chiens non guides.

Le devenir du chien lors d'une intervention des services d'urgence

La prise en charge du chien guide par les pompiers, la police municipale ou nationale, les professionnels volontaires (secrétaires, hôtesse d'accueil, services de sécurité, etc.) doit être facilitée, le temps qu'une personne ou un organisme désigné par le propriétaire du chien puisse venir le reprendre.

Pour les transports sanitaires en ambulance, le chien peut occuper une place de passager dans la cabine de conduite, séparée de la cellule sanitaire et qui n'est pas considérée comme un lieu de soins.

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.

Il est souhaitable de prévoir dans les hôpitaux un lieu sécurisé en attente de la prise en charge du chien guide par une tierce personne autorisée en cas d'hospitalisation du propriétaire du chien guide après intervention des services d'urgences.

Ces lieux de garde pourront servir également dans le cas de visites à un proche hospitalisé ou lors de soins du propriétaire de chien guide.

ACCUEIL D'UN CHIEN GUIDE DURANT L'HOSPITALISATION DE SON MAITRE

Par exemple :

[L'école de chiens guides pour aveugles et malvoyants de Paris et de la Région parisienne :](#)

105, avenue St Maurice
75012 PARIS
Tél : 01 43 65 64 67
Fax : 01 43 74 61 18
Mél : paris@chiensguides.fr

[Les chiens guides d'aveugles d'Ile-de-France](#)

Lieu-dit « Le Poteau »
R.D. 319
77170 COUBERT
Tél : 01 64 06 73 82
Fax : 01 64 06 67 42
Mél : idf@chiensguides.fr

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° 87-588 du 30 juillet 1987 modifiée portant diverses mesures d'ordre social
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 modifiée pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées 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
- Instruction n° DGCS/SD3B/2015/98 du 25 mars 2015 relative à la labellisation des centres d'éducation de chiens guides d'aveugles ou d'assistance, à la création d'un certificat national et à l'amélioration de la prise en compte de l'animal pour faciliter l'insertion sociale des personnes handicapées accompagnées d'un chien guide d'aveugle ou d'assistance
- Article 169 du règlement intérieur de l'AP-HP

11 - L'accouchement dans le secret («sous X»)

Pour aller à l'essentiel...

- **informer les services du Conseil départemental** 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

LE LIEU D'ADMISSION

L'admission pour un accouchement dans le secret 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**.

Le directeur (ou l'administrateur de garde) **doit informer les services du Conseil départemental compétent** de l'admission de toute femme qui souhaite accoucher dans le secret.

L'ANONYMAT DE L'ADMISSION

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

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, **aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise (article R.1112-28 du Code de la santé publique)**.

Conséquences directes pour l'hôpital : l'anonymat demandé par la femme est **absolu** : son identité n'est pas connue du service hospitalier et n'a pas lieu de l'être. 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.

LES OBLIGATIONS DECOULANT DE CET ANONYMAT

L'hôpital (le service de maternité avec l'assistance de la direction si besoin) est **tenu** :

- **d'informer** la patiente des conséquences juridiques d'un accouchement sous couvert de l'anonymat et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines.

A ce titre, la patiente est invitée à laisser, si elle l'accepte :

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

La patiente désirant accoucher dans le secret doit être informée :

- de la faculté qu'elle a de lever, à tout moment, le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) dans les conditions prévues à l'article L. 147-6 du Code de l'action sociale et des familles ;

- qu'elle a la possibilité, à tout moment, de donner son identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance (sont mentionnés à l'extérieur de ce pli, les prénoms donnés à l'enfant, et le cas échéant, le fait qu'ils l'ont été par la mère, le sexe de l'enfant, la date, le lieu et l'heure de la naissance de l'enfant) ;

● de **conserver** dans les meilleures conditions possibles le dossier médical concerné, puis- qu'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

● de **prévenir** les personnes désignées par le président du Conseil départemental 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 à cet effet son personnel** soignant (infirmières, médecins, aides-soignants),
- de **transmettre** un certain nombre d'informations laissées par la femme ayant accouché dans l'anonymat au CNAOP :
 - copie des éléments relatifs à l'identité de la femme qui a demandé le secret de son identité et de son admission lors de son accouchement et le cas échéant de la personne qu'elle a désignée à cette occasion comme étant l'auteur de l'enfant ;
 - tout renseignement ne portant pas atteinte au secret de cette identité et concernant la santé du père et de la mère de naissance, les origines de l'enfant, 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 secret de l'admission et de l'identité d'une patiente demandant à accoucher « sous X » est opposable à tous.

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°8 : « L'admission confidentielle et l'admission sous le régime de l'anonymat »](#)

La prise en charge des frais d'hébergement et d'accouchement

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission que le secret de leur identité soit préservé, sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département siège de l'établissement. (article L222-6 du CASF).

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).

L'enfant né « sous X » peut saisir le CNAOP pour rechercher ses origines personnelles. Il peut le demander soit directement s'il est majeur, soit avec l'accord de ses représentants légaux s'il est mineur et qu'il a atteint l'âge de discernement suffisant ; s'il est majeur placé sous tutelle, par son tuteur ; s'il est décédé, par ses descendants en ligne directe majeurs (article L. 147-2 du Code de l'action sociale et des familles).

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 départemental
- Pour Paris : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives Bureau des Adoptions
54, avenue Philippe Auguste
75011 Paris

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,
- Instruction ° DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016 relative au protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret entre les Conseils départementaux et les établissements de santé et au guide des bonnes pratiques pour faciliter l'accès aux origines personnelles des personnes nées dans le secret et relative à la conservation des registres et des dossiers concernant les accouchements dans le secret.

12 – 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.

PRINCIPE

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 (article R.1112-27 du CSP).

HYPOTHESE DE L'ADMISSION D'UNE MERE ET SON NOUVEAU-NE SANS PRESCRIPTION MEDICALE

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^e jour suivant l'accouchement. Ces conséquences financières doivent être **clairement précisées** à la mère.

HYPOTHESE DE L'ADMISSION D'UNE MERE ET SON NOUVEAU-NE, ALORS QUE SEULE LA MERE NECESSITE DES SOINS

Dans le mois qui suit l'accouchement

Présence de lits vacants dans un service de maternité au sein du groupement hospitalier :

Le directeur a l'obligation d'accepter l'admission d'une femme récemment accouchée et de son enfant (articles R. 1112-27 du Code de la santé publique et 95 alinéa 1 du règlement intérieur de l'AP-HP)

Absence de lit vacant au sein du groupement hospitalier :

Le directeur doit organiser l'admission de la femme accouchée et de son enfant dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier, et pourvu d'un service de maternité (article 95 alinéa 2 du règlement intérieur de l'AP-HP).

Jusqu'à 12 jours après la date de l'accouchement : l'admission de la mère et de son enfant ne sont pas dissociées. Les frais sont supportés à 100% par l'assurance maternité, hors des frais pour confort personnel (articles L.331-1 L.160-9, D.160-3 du Code de la sécurité sociale).

Au-delà de 12 jours après la date de l'accouchement : les admissions de la mère et de son enfant sont en principe dissociées. Le forfait hospitalier, la franchise, le ticket modérateur et les frais annexes sont alors supportés par la mère, comme dans le cadre d'une hospitalisation classique, pour elle et pour son enfant.

Plus d'un mois après l'accouchement

Aucune disposition textuelle n'organise les modalités de prise en charge d'un nouveau-né lorsque seule sa mère nécessite des soins.

En pratique, il est tout à fait envisageable de prévoir l'admission de la mère et de son nouveau-né pour une courte durée, dans les mêmes conditions que celles énoncées ci-dessus, dès lors qu'il aura été établi qu'aucun autre membre de la famille ou proche ne serait susceptible de prendre soin du bébé. Le forfait hospitalier, la franchise, le ticket modérateur et les frais annexes sont alors supportés par la mère, comme dans le cadre d'une hospitalisation classique, pour elle et pour son enfant.

Si l'hospitalisation venait à se prolonger, une assistante sociale doit à priori être contactée, afin de vérifier que toutes les mesures destinées à faire garder le nouveau-né ont été envisagées, et éventuellement prendre attache avec le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

HYPOTHESE DE L'ADMISSION D'UNE MERE ET SON NOUVEAU-NE, ALORS QUE SEUL LE NOUVEAU-NE NECESSITE DES SOINS :

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou d'un cas de force majeure constaté par le médecin responsable du service, le nouveau-né doit quitter l'établissement en même temps que sa mère (article R1112-65 CSP).

Références

- Article R.1112-27 du Code de la santé publique
- Articles L.331-1 L.160-9, D.160-3 du Code de la sécurité sociale
- Article 95 du règlement intérieur de l'AP-HP

13 – La demande d’IVG

Pour aller à l’essentiel...

- Une femme enceinte qui ne veut pas poursuivre sa grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l’interruption de sa grossesse (IVG) avant la fin de la **douzième semaine** de grossesse.
- Toute IVG doit faire l’objet d’une **déclaration** établie par le médecin ou la sage-femme et adressée par l’hôpital au médecin de l’agence régionale de santé désigné par le directeur général de l’agence. Cette déclaration ne doit pas mentionner l’identité de la femme.

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 GENERALES

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

Une femme enceinte peut demander à un médecin ou à une sage-femme 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 ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme.

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

Le médecin ou la sage-femme sollicité-e par une femme en vue de l’interruption de sa grossesse **doit** informer la femme :

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

Le dossier guide

Le médecin ou la sage-femme 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 et postérieure 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 avant et après l'interruption volontaire de grossesse et consiste en un entretien particulier (assistance et conseils appropriés).

Le délai de réflexion (art. L. 2212-5, et 6 C. santé publ.)

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin ou la sage-femme doit lui **demander une confirmation écrite**. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4.

En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent personnellement l'interruption de grossesse. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

Le directeur de l'établissement de santé dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5.

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

Un médecin ou une sage-femme 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 ou de sages-femmes susceptibles de réaliser l'intervention.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Le cas de la femme mineure non émancipée (art. L. 2212-4 et 7, C. santé publ.)

- La consultation préalable à l'IVG est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation.
- Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.
- Le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal est en principe requis. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.
- Si la mineure désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme **doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci** d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.
- Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée.
- Dans ce cas, la mineure doit se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Il convient d'être attentif aux conditions dans lesquelles la mineure a choisi la personne majeure qui va l'accompagner (absence de 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.
- L'anesthésie, qu'elle soit générale ou locale, se définit ici 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 PROTEGEE

● **Si la personne majeure est sous sauvegarde de justice ou de curatelle** : il n'existe aucune disposition spécifique qui réglementerait de façon spécifique 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)

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse :

1° Soit en perturbant l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;

2° Soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse, des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements mentionnés au même article L. 2212-2, des femmes venues recourir à une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

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 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.

14 - Face à un blessé, une urgence ou un accident à proximité de l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

Lorsque une personne est signalée blessée sur la voie publique, 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, centre 15)
- l'envoi, depuis l'hôpital, d'une équipe médicale sur les lieux, afin de dispenser les premiers soins et d'apprécier la gravité de la situation.

CONSIGNE GENERALE

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, centre 15) ;
- 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 COMPETENCE DES AGENTS DE SECURITE

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 en-courrait une peine de prison et une amende. Sont concernées les interventions qui ne représentent aucun risque pour l'agent 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** (s'agissant d'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, là également, il doit y avoir proportionnalité entre les moyens employés et la gravité de la menace.

Numéros utiles :

- Responsable de la sécurité de l'hôpital :
- SAMU, centre 15, 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 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.

15 - 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 l'administrateur de garde sur avis médical.

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, 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, 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.

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.

16 - Les modalités de dépôt des biens des patients

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 donner lieu à inventaire.

CONDITIONS DU DEPOT

Le patient doit avoir été **admis** dans l'hôpital. Le dépôt de biens est donc exclu pour les patients en consultation externe.

MOMENT DU DEPOT

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

L'hôpital est tenu de transmettre des informations précises au patient sur les modalités de conservation et de dépôt de ses valeurs et affaires personnelles. Et sur les indemnisations possibles, en cas de vol, de perte ou de détérioration.

Lors de son admission, une information écrite et orale est délivrée au patient ou à son représentant légal (titulaire de l'autorité parentale, tuteur). Il doit lui être remis un document rappelant les règles applicables aux dépôts, signé puis conservé au dossier administratif du patient.

CARACTERE FACULTATIF DU DEPOT

Quelle que soit la valeur des biens, le dépôt est **facultatif** : le patient (ou son représentant légal) doit être « invité » à déposer ses biens.

MODALITES DE DEPOT

Objets déposables

En principe, les choses mobilières (valeurs, effets personnels,...) 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.

Si les bureaux du régisseur sont fermés, le recueil des valeurs pourra être effectué à titre provisoire dans un coffre dédié de l'hôpital par un agent habilité à y procéder.

Qu'entend-on par « valeurs » ?

Il doit notamment être entendu par « valeurs » : tous les moyens de paiements tels que les sommes d'argent, les titres et valeurs, les livrets d'épargne, les titres de pension, les timbres fiscaux, les timbres amendes, les pièces en or, les pièces démonétisées, les billets n'ayant plus cours, les devises étrangères, les chèques, les effets de commerce, les testaments olographes, les titres de convention obsèques, les timbres-poste et tickets de métro, les actes sous seing privé valant titre de créance pour la personne qui les dépose ; les moyens de règlement : chèquiers, cartes de crédit, cartes bancaires, cartes magnétiques,... ; les objets de valeur : bijoux à l'exclusion des bijoux fantaisie, des objets précieux de petite dimension

Procédure

- 1) dresser un inventaire contradictoire, avec la liste des objets déposés et des objets gardés par le patient,
- 2) remettre un exemplaire de cet inventaire au patient (ou à son représentant légal) et inclure une copie dans son dossier administratif,
- 3) compléter le registre spécial de l'hôpital ou tout autre registre de service (par exemple aux urgences) 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 »

Le « dépôt feint » est une procédure facultative, qui est utilisée à la discrétion de l'établissement. L'objet ou les objets sont dans ce cas « administrativement » déposés auprès de l'hôpital selon les formes prescrites, mais ils demeurent conservés entre les mains du patient. L'hôpital endosse ainsi la responsabilité d'objets dont il n'a pas matériellement la garde sous la forme d'un dépôt.

L'accord du directeur ou d'une personne habilitée par lui (qui peut être un cadre de santé par exemple, en application d'un protocole validé par le directeur) est dans ce cas nécessaire. Les formalités de dépôt doivent avoir été accomplies.

La procédure de « dépôt feint » ne peut pas concerner les sommes d'argent, les titres ou valeurs mobilières, les moyens de règlement ou les objets de valeur qui doivent être nécessairement déposés auprès du régisseur. Si la personne souhaite les garder auprès d'elle, le régime de responsabilité de plein droit ne sera pas appliqué.

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, la réalisation d'un inventaire constitue une obligation légale. Il revient alors 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. A défaut, deux agents de l'hôpital pourront y procéder.

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.

RESPONSABILITES DE L'HOPITAL

Principe

- S'agissant des objets déposés, l'hôpital est responsable de plein droit de leur vol, perte ou détérioration, dans la limite d'un plafond.
- 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 (ex. : bague sectionnée, manteau déchiré). Il convient dans ce cas de faire établir par un médecin cette nécessité médicale.

Références

- Articles L. 1113-1 à L. 1113-10 du code de la santé publique,
- Articles R. 1113-1 à R. 1113-9 du code de la santé publique,
- Articles 81 et 148 du règlement intérieur 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.

Le séjour hospitalier

17 - Le consentement aux actes médicaux

Pour aller à l'essentiel...

Le patient ne peut être l'objet de soins ou d'exams 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 GENERAL

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.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés 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 révoquant 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 dument 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 d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, 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 en fin de vie est hors d'état d'exprimer son consentement, à défaut de directives anticipées

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° 18 : «le consentement des majeurs protégés»

☞ v. fiches n° 19 : «le consentement du patient mineur»

18 - L'information et le consentement aux soins 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. (..). 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 ».

En principe, la personne protégée est informée personnellement et prend donc seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet (article 459 al. 1, C. civ.).

Toutefois, pour les cas où son état ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge (ou le conseil de famille s'il a été constitué) peut prévoir qu'elle bénéficie, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection (c'est-à-dire d'un mandataire spécial, d'un curateur ou d'un tuteur). Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, même après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé (article 459 al. 2, C. civ.).

Ainsi, pour toutes les décisions relatives à la santé du majeur protégé, l'appréciation de son discernement au cas par cas doit être le principe. Si le majeur est en état d'être informé et de prendre seul la décision de manière éclairée, il est informé et consent seul ; s'il a besoin d'être assisté, il le fait avec l'assistance de son tuteur, curateur, mandataire spécial, de sa personne de confiance ou de son mandataire de protection future ; s'il a besoin d'être représenté, c'est son représentant qui consent pour lui.

En tout état de cause, «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 consentement du seul tuteur doit demeurer exceptionnel et n'est 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 doit accomplir les actes nécessaires et proportionnés.

DES DISPOSITIONS LEGALES SPECIFIQUES

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 de même en principe interdits.

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

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.).

Le cas de la fin de vie

Un majeur protégé peut rédiger ses directives anticipées pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Références

- Articles L. 1111-4 et L. 1111-11 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
- Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme du 16 avril 2015 sur le consentement des personnes vulnérables

19 - Le consentement du patient mineur

Pour aller à l'essentiel...

Le 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 GENERAL : LE CONSENTEMENT DES TITULAIRES DE L'AUTORITE 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 et L. 1111-5-1. 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 traitements 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 titulaires de l'autorité parentale, quelle que soit leur situation juridique (mariés, pacsés, en union libre, séparés ou divorcés).

Le régime applicable est sensiblement différent selon que le patient mineur doit recevoir des soins « usuels » ou « non usuels ».

Actes usuels / actes non usuels

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).

En revanche, l'acte « non usuel » est celui qui comporte la 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.

Pour tous les actes dits « usuels », la loi prévoit que l'autorité parentale est exercée conjointement par le père et la mère du mineur. **En d'autres termes, pour tout acte usuel, chacun des parents est considéré comme agissant avec l'accord de l'autre (article 372-2, C. civ.).**

Il est donc tout à fait possible de ne recueillir le consentement que d'un seul parent, sauf évidemment à avoir connaissance de conflits entre les deux, de nature à créer un désaccord sur la prise en charge de leur enfant.

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).

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.

En revanche, pour tout acte dit « non usuel », le recueil du consentement écrit et signé par chacun des parents est obligatoire.

Ce consentement doit mentionner explicitement les actes ou les interventions pour lesquels le consentement est donné.

Il n'existe pas de durée de validité légale ou réglementaire d'un document écrit formalisant le consentement des parents aux traitements.

En tout état de cause, un consentement exprimé ne peut être considéré comme définitivement acquis, dans la mesure où un parent peut à tout moment revenir sur un consentement initial.

Le recueil du consentement parental doit ainsi être réalisé à la date la plus proche possible de celle de l'intervention programmée, sauf impossibilité.

Attention !

Même si le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ne peut pas être recueilli (parent à l'étranger, injoignable, etc.), l'hôpital doit s'efforcer de le joindre.

Toutes les démarches de l'hôpital doivent être systématiquement tracées au dossier médical du patient (par exemple un courrier de l'assistante sociale de secteur qui suit la situation de la mère depuis plusieurs années et qui attesterait que le père n'est pas joignable).

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.

Soins d'un mineur venu seul à l'hôpital

Il résulte de ce qui précède que le mineur, dont l'avis doit certes être recueilli avant tout traitement important, ne peut en principe (sauf urgence) se présenter de son propre chef, sans consentement des parents connus 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 a été accompagné par l'un ou l'autre des titulaires de l'autorité parentale ou 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 des titulaires de l'autorité parentale.

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 PRELEVEMENTS

Le prélèvement d'organes

«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.).

Les dérogations à l'information et au consentement parental : les actes médicaux effectués sans l'accord parental

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°13 : «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 et L. 1111-5-1, C. santé publ.) :

«Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, 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 ou la sage-femme 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 ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix».

« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive 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, l'infirmier 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, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

Dans ce dernier cas :

- le médecin, la sage-femme ou l'infirmier «peut» accepter d'engager les soins dans le secret vis-à-vis des parents, mais il n'y est pas tenu ;
- le médecin, la sage-femme ou l'infirmier 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 envisagés peuvent alors être accomplis.

Cependant, afin de préserver les intérêts du mineur et de lui assurer une aide, le mineur a en principe 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

- Articles L 1111-5 et L. 1111-5-1 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
- 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

20 - Le refus de traitement du patient en état de manifester sa volonté

Pour aller à l'essentiel...

- Lorsque la vie du patient n'est pas en danger, il convient de se référer à la *fiche n° 31* : «*les sorties contre avis médical*»,
- Dans certaines circonstances, une équipe médicale peut être confrontée à un refus du patient en état de manifester sa volonté (ou de ses parents ou encore de son tuteur) de se soigner, alors même que des traitements paraissent manifestement nécessaires,
- Il convient de distinguer plusieurs cas différents : ceux de la personne majeure, du mineur et celui du majeur sous tutelle,
- 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 traitement.

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 a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. (...) 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.

*Lorsque la vie du patient n'est pas en danger, il convient de se référer à la *fiche n° 31* : « Les sorties contre avis médical »*

Le fait que le patient refusant des traitements en vienne à se placer ainsi, le cas échéant, en danger, mérite en revanche la plus grande attention.

Recommandations face à un refus de traitements lorsqu'il met en jeu le pronostic vital

Dans ces situations délicates, le droit du patient de refuser des traitements soins est un principe fondamental. La jurisprudence admet toutefois une faculté pour le médecin de passer outre le refus de traitements et de porter atteinte à ce principe, à de **strictes et cumulatives** conditions :

- l'acte médical doit être 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 doit constituer **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. L'ensemble de la démarche et les décisions doivent être tracées avec précision au dossier du patient.

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.

Références

- Article L. 1111-4 du code de la santé publique
- Article 131 du règlement intérieur de l'AP-HP

21 – 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, partenaire de PACS et concubin 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 MEDICAL

Le dossier médical est constitué **à 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 en cas d'admission,
 - lettre de liaison,
 - motifs d'hospitalisation,
 - recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
 - conclusions de l'évaluation clinique initiale,
 - type de prise en charge prévu et prescriptions effectuées à l'entrée,
 - nature des soins dispensés et prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
 - informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation (état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, etc.),
 - informations sur la démarche médicale, dossier d'anesthésie,
 - compte rendu opératoire ou d'accouchement,
 - 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,
 - informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
 - correspondances échangées entre professionnels de santé,
 - directives anticipées ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice...
- **les informations formalisées établies à la fin du séjour :**
 - lettre de liaison remise à la sortie,
 - prescription de sortie et doubles d'ordonnance de sortie,
 - 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.

PROCEDURES POUR L'ACCES 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 ce dernier a le cas échéant désignée à cet effet.

Le destinataire de cette demande doit, **avant toute communication**, s'assurer de l'identité du demandeur.

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 MEDICAL

Les personnes soignées sans leur consentement pour troubles mentaux

La consultation des informations recueillies dans le cadre de soins sur demande d'un tiers (SDT), sur demande du représentant de l'Etat (SDRE) 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 (CDSP)**. 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° 19 : «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 communication 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 sauf décision particulière du juge, 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.**

Lorsque l'état de la personne sous tutelle lui permet de prendre les décisions, elle est en principe seule en droit de demander l'accès à son dossier médical. Dans l'hypothèse inverse, la loi accorde en revanche ce droit d'accès au tuteur. Ce dernier ne peut toutefois exercer le droit d'accès de la personne qu'après y avoir été autorisé par le juge ou le conseil de famille.

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, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité...»

Il précise que **sauf volonté contraire du défunt** exprimée de son vivant, l'accès de ses ayants droit, concubin ou partenaire lié par un PACS 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, le concubin ou le partenaire lié par un PACS 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 (décision 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, du concubin ou du partenaire lié par un PACS).

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 (v. 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).

La communication d'éléments d'un dossier médical d'un défunt peut être effectuée simultanément à l'ayant-droit, au concubin ou partenaire lié par un PACS qui formulerait une demande en ce sens (CADA, 14 avril 2016, n° 20160797).

Par exemple :

- en présence d'un défunt marié, séparé de son conjoint mais non divorcé, et vivant en concubinage : communication possible au conjoint et au concubin ;
- en présence d'un couple vivant en concubinage et ayant des enfants ensemble ou issus d'un précédent ménage : communication possible au concubin et aux héritiers.

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.

LE CAS PARTICULIER DU CONCUBINAGE

L'état de concubinage est établi lorsque trois critères cumulatifs sont remplis :

- que la vie commune ait une certaine stabilité imitée du mariage,
- qu'elle soit notoire c'est-à-dire connue des tiers et,
- qu'elle repose sur une mise en commun même partielle de moyens matériels.

La preuve d'une situation de concubinage est libre et peut être apportée par tout moyen. En pratique, tout document peut donc être produit : certificat de concubinage s'il en existe, mais également bail commun, factures, courriers, photographies, témoignages écrits, etc.

Il devra ressortir de ces éléments que les trois critères sont remplis.

Références

- Articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique,
- Article R. 1112-2 du code de la santé publique,
- Articles 115 à 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).
- Guide AP-HP « Communiquer le dossier médical » (2014)

Je, soussigné-e M. - Mme, (nom en majuscules, prénom)

.....
Adresse postale.....

Téléphone / / / / / / / /

Courriel.....@.....

Lien avec le patient

Ayant droit, partenaire lié par un PACS ou concubin de :

M. - Mme, (nom en majuscules, prénom, nom de jeune fille)

Date de naissance / / / / - Téléphone / / / / / / / /

Décédé-e le / / / / / Lieu du décès :

Suivi-e à l'hôpital (nom de l'hôpital de l'AP-HP)

Dans le service

**Demande la transmission de documents médicaux établis à son nom,
pour le motif suivant :**

connaître les causes du décès
 faire valoir un droit*

défendre la mémoire du défunt*

* précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus.

Date :

Signature

- **Justificatifs à produire dans tous les cas :** copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :
 - Pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille
 - Pour les autres demandeurs :
 - acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ou certificat d'hérédité (pour les communes qui les délivrent),
 - copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.
 - pour le partenaire d'un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve de l'inscription du contrat PACS sur le registre tenu au greffe du TGI de Paris.
 - pour le concubin : éléments prouvant la situation.Les frais de copie et d'envoi sont facturables.

Identité du patient

M. - Mme (nom en majuscules, prénoms, pour les femmes mariées nom de jeune fille)

Né-e le / / / - Téléphone / / / / / / / /

Courriel@.....

Adresse postale.....

Qualité du demandeur si le demandeur est différent du patient

Père¹ - Mère¹ (si patient mineur) - Tuteur² - Mandataire³ - (rayer la mention inutile)

M. - Mme (nom en majuscules, prénoms)

Adresse.....

Demande à obtenir transmission des documents suivants

(cochez la ou les cases et complétez)

compte rendu d'hospitalisation (CRH) du / / / / au / / / / /

compte rendu opératoire (CRO) de l'intervention du / / / / /

pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, résultats des examens récents)

autres documents (précisez).....

à mon nom

au nom de : mon fils - ma fille

au nom de la personne dont je suis : le représentant légal - le mandataire

Nom de l'hôpital (concerné par votre demande).....

Selon les modalités suivantes

Remise sur place à l'hôpital - Consultation sur place à l'hôpital

Envoi postal à l'adresse du demandeur

Envoi postal au docteur (nom, prénom, adresse).....

Renseignements complémentaires facilitant la recherche (dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient).....

Date :

Signature

Pièces justificatives

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/ représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

¹la copie du livret de famille - ²la copie du jugement de tutelle - ³un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom. **Les frais de copie et d'envoi sont facturables.**

22 - La personne de confiance

Pour aller à l'essentiel...

Lors d'une hospitalisation, toute personne majeure doit être informée qu'elle peut 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. 1111-12, C. santé publ.)

DESIGNATION

- 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.
- Le document de désignation doit obligatoirement être contresigné par la personne de confiance désignée.
- 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.

ROLE

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 MEDICAL

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

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Une personne sous curatelle, sous sauvegarde de justice ou une personne « fragile » a également la possibilité de désigner une personne de confiance.

PERSONNE DE CONFIANCE ET RECHERCHES BIOMEDICALES

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.).

Dans ce cas particulier, 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, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches (art. L. 1111-12, C. santé publ.).

Références

- Articles L.1110-4, L. 1111-4, L.1111-6, L. 1111-12 et s., L. 1122-1-2 du code de la santé publique,
- Article 119 du règlement intérieur de l'AP-HP.

DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L. 1111-6 du code de la santé publique

Formulaire à remplir par vos soins et à remettre dans votre service d'hospitalisation

Je, soussigné-e

nom.....

prénom.....

adresse.....

date de naissance / / / /

désigne M., Mme, (nom, prénom, adresse, tél., email)

Votre lien avec la personne de confiance (parent, proche, médecin traitant)

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital.....
- pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que M., Mme

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- pourra être consulté-e par l'équipe hospitalière pour le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour ceci.
Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

Je peux modifier ou mettre fin à cette désignation à tout moment

Signature de la personne désignée

Fait à

le

Signature

Pièce à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille

Un double de ce document est conservé par le patient

23 - Problématiques de fin de vie

LES GRANDS PRINCIPES

On parle de fin de vie quand une personne se trouve « *en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable* ».

La loi impose que la volonté de la personne en fin de vie soit respectée, y compris si elle veut arrêter le traitement qui lui est proposé (*v. fiche 20 – le refus de traitement*).

La loi prévoit des dispositifs permettant de connaître la volonté du patient si ce dernier n'est pas en état de s'exprimer. C'est le cas des directives anticipées et de la personne de confiance (*v. fiche 22 – la personne de confiance*).

Lorsque la décision est prise d'arrêter ou suspendre les traitements, les soins se poursuivent. La priorité pour l'équipe médicale et soignante est d'apaiser la souffrance de la personne.

La loi interdit de provoquer délibérément la mort, tout comme elle prescrit aux médecins de s'abstenir de poursuivre ou de mettre en œuvre des traitements considérés comme "déraisonnables".

Les droits du patient s'appliquent quelle que soit sa situation, à l'hôpital ou à la maison.

EN PRATIQUE

Les décisions médicales en matière de fin de vie relèvent exclusivement du médecin et de son équipe. Elles doivent toujours s'efforcer de respecter la volonté du patient et de garantir son droit au soulagement de la souffrance.

En cas de difficulté, notamment un désaccord entre l'équipe médicale et les proches du patient, l'administrateur de garde est informé. Il en fait mention dans le rapport de garde.

Dans ce type de situations, il convient d'éviter toute précipitation. Un temps suffisamment long doit être pris pour permettre l'évaluation approfondie de la situation et le maintien du dialogue avec le patient, sa personne de confiance, sa famille ou l'un de ses proches.

Pour aller plus loin : une [brochure](#) élaborée par l'AP-HP présente l'ensemble du cadre juridique applicable aux problématiques de fin de vie.

Références

- Articles L. 1110-5 à L. 1110-5-3, L. 1111-1 et s., L. 1111-11 et s., R. 4111-17 et s., R. 4127-36 et s.
- Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique
- Fin de vie - S'informer pour mieux s'y préparer - AP-HP 2017
- Fin de vie – Que dit la Loi ? – AP-HP 2017

24 - Le secret médical et professionnel

Pour aller à l'essentiel...

- Le secret professionnel s'impose à tout professionnel de santé et à toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'hôpital.
- Le secret professionnel qui s'impose aux médecins est le secret médical
- Le secret est un principe fondamental dont il ne peut être dérogé 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, le secret professionnel couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance de tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Il comprend ce qui a été confié au professionnel, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel s'impose également à l'égard des proches du patient.

Le respect de cette obligation par l'hôpital et ses personnels est essentiel. L'administrateur de garde de garde doit notamment y veiller, avec tout le discernement approprié, en situation de crise sanitaire et dans toute circonstance où il devra s'exprimer au nom de l'hôpital auprès de journalistes, auprès des autorités sanitaires, de police et de justice, auprès de tiers, dans le cadre d'expressions publiques, etc.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou sa 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 par exception être transmises à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, 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° 21 « Communication du dossier médical »*).

OBLIGATIONS DES MEDECINS 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 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 ».

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 ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, (...), 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 engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. ».

LES APPLICATIONS A L'HOPITAL

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 qu' :

« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ».

et que par ailleurs,

« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins (...), ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

(art. L. 1110-4, C. santé publ.).

Le patient doit être dûment informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Il peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation de la loi est pénalement sanctionné.

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 et novembre-décembre 2012 ; 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.).

La transmission d'informations doit également respecter la Charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP.

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), le médecin

responsable de l'information médicale (DIM) et les agents de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire habilités sont autorisés à accéder aux données médicales contenues dans les dossiers médicaux de tout patient.

Par dérogation au principe général, le secret médical est ainsi étendu à ces médecins, et à eux seuls, qui ne prennent pas en charge directement le patient.

Références

- Articles L.1110-4 et L.1112-1 du code de la santé publique,
- Articles 226-13 et 226-14 du code pénal,
- Article L. 592-46-1 du code de l'environnement,
- Article L. 6113-7 du code de la santé publique,
- Articles 4 et 45 du Code de déontologie médicale,
- Articles 121 et 217 du règlement intérieur de l'AP-HP,

☞ v. fiche n° 21 : « La communication du dossier médical ».

25 - L'accès et 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, sous réserve des nécessités de service.

Ce principe ne peut faire obstacle à ce qu'une inspection et une fouille de la chambre puissent être effectuées en cas de péril grave et imminent pour le groupe hospitalier, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers.

LES CONDITIONS D'ACCES A LA CHAMBRE DU PATIENT ET LE PRINCIPE DE L'INTERDICTION DE LA FOUILLE

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 **le caractère d'un domicile privé** par la jurisprudence pénale, sous réserve des nécessités de service (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 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 patient 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 pour des motifs étrangers à l'organisation du service pourrait constituer l'infraction d'introduction dans le domicile d'autrui contre son gré (articles 226-4 et 432-8 du code pénal). De même une fouille de ses effets personnels contre sa volonté pourrait être constitutive **d'une infraction**.

EXCEPTION A L'INTERDICTION DE FOUILLE D'UNE CHAMBRE

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, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. ». « *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'obtention de l'accord du patient doit être recherchée, sauf impossibilité. Le cas échéant, une information précise doit lui être transmise dans les meilleurs délais.

Références

- Article 9 du code civil,
- Articles 226-4 et 432-8 du code pénal,
- Articles 42 et 147 du règlement intérieur de l'AP-HP.

26 – 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 de l'**administrateur de garde de l'hôpital**
- Elles font 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 PEDIATRIE

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.

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 l'administrateur de garde peut décider, sous certaines conditions, l'expulsion du visiteur.

Interdiction de visite-modèle anonymisé

Remise en main propre,
le xxxxx

Objet : interdiction de visite

Monsieur, Madame,

Je vous informe que je suis amené, à la demande écrite du praticien responsable du Pôle/Service xxxxx, à suspendre votre droit de visite auprès de Mr xxxx hospitalisé dans notre hôpital le XXX

Cette décision est fondée sur les articles L.6143-7 du Code de la santé publique ainsi que des articles 153 et 154 du règlement intérieur type de l'AP-HP. Elle fait suite à des agissements graves qui m'ont été signalés, survenus le xxx

Afin de préserver l'intégrité de Mr xxx et au regard de son état de santé, votre droit de visite est suspendu pour une durée temporaire à compter du xxx.

Je vous indique, à toutes fins utiles, que vous pouvez contester cette décision dans un délai de deux mois à compter de sa réception auprès du :

Tribunal Administratif de xxxxxx
adresse

Je vous prie d'agréer, Monsieur l'expression de mes salutations distinguées.

Directeur du site xxxx

Copies à XXXX Praticien Responsable de Pôle
 XXXX, Cadre Paramédical de Pôle
 XXXX Responsable de la Sécurité Anti-Malveillance

LES STAGIAIRES EXTERIEURS

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 BENEVOLES

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.

L'administrateur de garde 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 FETES RELIGIEUSES

L'autorisation 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 DEMARCHEURS, 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° 27: « 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 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

27 - 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 le cas échéant à la Direction générale de l'AP-HP 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 le cas échéant.

Les journalistes qui souhaitent réaliser des reportages dans un établissement doivent ainsi obtenir au préalable une **autorisation de tournage**.

L'administrateur de garde doit :

- s'assurer de l'accord des patients concernés, lorsqu'il est envisagé qu'ils soient filmés ou enregistrés
- vérifier auprès du médecin traitant que la présence d'un tiers n'est pas contraire à l'état de santé des malades.

Attention !

Pour toute prolongation ou report de tournage, une nouvelle autorisation doit être délivrée

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 le cas échéant.

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, 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 (« obligation de réserve »), 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.

A noter

Sur tous les aspects relatifs à la communication et aux relations avec les médias, notamment en situation de crise, on se reportera à la première partie du présent mémento.

Autorisations et numéros utiles

La demande d'autorisation doit être formulée au service de presse de la Direction de la communication de l'AP-HP par écrit et de manière expresse soit :

- par courrier : Service de presse – Direction de la communication de l'AP-HP – 3, avenue Victoria 75004 Paris
- par fax sur papier à en-tête de la société : 01 40 27 57 01
- par mail : service.presse@aphp.fr

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).

28 – Les pratiques religieuses à l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

- Le service public est laïc.

L'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 (modifié par la loi dite déontologie du 20 avril 2016) dispose que le fonctionnaire exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses.

- 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° 26 : « 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 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 et que les agents se trouvent en contact avec le public ou non. Ils ont également vocation à s'appliquer aux personnels des sociétés prestataires.

Le directeur de l'hôpital doit les faire respecter strictement et le statut général des fonctionnaires permet de sanctionner les manquements des personnels en ce domaine.

EN PRATIQUE

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 dans tous les locaux de l'AP-HP, à l'exception des locaux dédiés à l'activité universitaire.

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 ».

En application de ce principe, une note du DG de l'AP-HP du 9 décembre 2015 est venue rappelée que le port de la charlotte ou tout autre couvre-chef ne doit pas être admis en dehors des lieux dans lesquels ils sont préconisés par les protocoles d'hygiène validés par le CLIN. Il en est de même des autres vêtements « couvrants ».

Les limites au libre choix du praticien

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
- L'article 25 de la loi du 13 juillet 1983, modifié par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires
- 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,
- Charte de la laïcité dans les services publics du 13 avril 2007
- Articles 51, 151 et 160 du règlement intérieur de l'AP-HP.
- Guide AP-HP, *Le décès à l'hôpital* (2012)
- Note DG AP-HP du 9 décembre 2015 relative aux tenues vestimentaires
- La Cour européenne des droits de l'homme, dans une décision du 26 novembre 2015 a jugé que l'obligation de ne pas manifester des convictions religieuses dans un établissement de santé, motivée par le principe de laïcité et de neutralité, ne constituait pas une atteinte à la liberté de religion.
- Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique

29 - 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.

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.

Références

- article L. 324-1 du code de la sécurité sociale
- article R. 322-10 du code de la sécurité sociale

La sortie

30 – 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.

Elle peut être considérée comme « inquiétante » et conduire à une enquête par la Police Judiciaire. Les textes prévoient dans ce cas une procédure de déclaration de disparition inquiétante de majeur.

- La gestion de ces situations doit être organisée au sein de l’hôpital dans le cadre d’une procédure préétablie.

- La « fugue » fera 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 patient en « fugue ».

- 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 son initiative. Cette obligation est renforcée lorsque l’initiative du patient concerne 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 s’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 patient.

LE ROLE 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.

Le responsable du service doit établir un rapport écrit, relatant les circonstances de la disparition du patient, ainsi que 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.

Un signalement OSIRIS doit être effectué pour ce type d’évènement.

L’INFORMATION DE L’ADMINISTRATEUR DE GARDE

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 appartient à l'administrateur de garde (lui-même ou par l'intermédiaire du 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 SECURITE

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 de 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 médecin, - 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, on recherchera dans le dossier administratif les coordonnées et adresses du patient avant son hospitalisation.

LES AUTORITES 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 ou de sa pathologie**.

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 DPUA : Direction des Patients, Usagers et Associations - Département des Relations avec les Usagers.

Il est nécessaire que l'hôpital fasse parvenir à ce service ouvert 7 jours sur 7 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@aphp.fr
Téléphone du « pôle des Recherches Patients » : 01 40 27 40 27.

Le « pôle des Recherches Patients » dispose d'un fichier global des patients pris en charge aux urgences ou hospitalisés dans les hôpitaux de l'AP-HP. Il permet dans certains cas de disposer d'informations sur la situation de patients vulnérables sortis à l'insu du service. Il assure l'interface entre les demandes des familles, des proches, des hôpitaux et des professionnels, dont la Police judiciaire.

Le « pôle des Recherches Patients » doit être informé du retour éventuel au sein du service du patient ou de la cessation des recherches le concernant.

RESPONSABILITE

La « fugue » d'un patient est susceptible d'entraîner la responsabilité administrative, voire pénale de l'hôpital.

La responsabilité de l'établissement pourra 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 » qui sera évalué selon l'état physique et mental du patient et les mesures préventives qui ont été prises ou non.

La responsabilité pénale des agents pourrait par ailleurs être retenue dans les cas d'une sortie-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 – groupe hospitalier :

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 prénom 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 dans le dossier médical du patient.

Nom de l'hôpital groupe hospitalier :

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 :

Yeux :

Aspect et couleur des cheveux :

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 defax (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 :

- systématique au service des recherches de l'AP-HP
- su commissariat de police ou à l'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 de police 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

31 – 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 (ou le médecin responsable), 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 second adressé à son médecin traitant, et un troisième conservé dans le dossier médical (ou procès-verbal).
- 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° 19 : «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**

Adresse et n° de téléphone du procureur de la République :

Références

- Article L. 1111-5 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° 20 «Le refus de traitement du patient en état de manifester sa volonté»

Exemple d'une attestation et d'un procès-verbal de sortie contre avis médical

Sortie contre avis médical

ATTESTATION

Je soussigné(e) M., Mme 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 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 a demandé à quitter l'hôpital le à.....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.....

32 – 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 oraux et écrits successifs au patient et en garder trace au dossier médical du 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

33 – La sortie du mineur

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 lors de sa sortie, selon le cas :

- pourra quitter seul l'hôpital,
- leur sera 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 venant chercher 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, les actes médicaux et les soins 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 que soit gardé 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 dans ce contexte.

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).

34 – 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 A 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**, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée, 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.

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le groupe hospitalier ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, le groupe hospitalier le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

SORTIES THERAPEUTIQUES

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 pourra 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. : « *Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 ou d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire 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 multirisque.

CAS DES PATIENTS ADMIS EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les patients admis dans le cadre d'une admission psychiatrique sans consentement en hospitalisation complète pour troubles mentaux peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée :

- sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Elles sont, dans ce cas, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée (en application de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique), pendant toute la durée de la sortie ;
- sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures. La sortie est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.

Références

- Articles L.1111-6 et R.1112-56 et suivants du code de la santé publique,
- Article 150 du règlement intérieur de l'AP-HP.

35 – Le refus de sortie ou de transfert 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.

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins du groupe hospitalier, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie au dossier administratif du patient.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, le directeur prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas, dans les conditions prévues à l'article 60 du règlement intérieur de l'AP-HP. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

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 et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, 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.) ;
- lui indiquer qu'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 pouvoir sortir d'une situation conflictuelle.

Dans tous les cas, les solutions policières ou judiciaires ne peuvent être que tout à fait exceptionnelles (ainsi d'une demande par voie de justice de l'expulsion du patient refusant sa sortie et devenu en quelque sorte occupant sans titre du domaine public).

LA SORTIE OU LE TRANSFERT DU PATIENT ADMIS AU SEIN D'UNE UNITE DE SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION

Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, au cas où elles apparaissent nécessaires, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Les unités de soins de suite et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les patients que temporairement. Lorsque le médecin refuse la prolongation de séjour d'un patient pris en charge dans une telle unité, la sortie de l'intéressé est prononcée.

À la sortie, deux éventualités sont possibles :

- ou bien l'état du patient lui permet de retourner vivre à son domicile, dans son milieu familial, dans une maison de retraite, dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans toute autre institution d'hébergement, avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ;
- ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée doit être effectué. Il appartient à l'assistant de service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

Références

- Article L. 1110-8 du code de la santé publique
- Article R. 1112-58 du code de la santé publique
- Articles 113, 170 du règlement intérieur de l'AP-HP

Le décès

36 – 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. Un registre est tenu sur lequel sont inscrits les déclarations et renseignements portés à la connaissance de l'officier de l'état civil.

AVIS D'AGGRAVATION

Lorsque le décès paraît imminent, la famille ~~et~~ ou les proches doivent en être **informés dans les meilleurs délais** et par **tous moyens appropriés** par un agent habilité de l'hôpital.

Il doit être transporté dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

L'information de la famille ou des proches constitue une obligation réglementaire. Aussi il est important de s'assurer systématiquement, dès l'admission du patient dans l'unité de soins, que les noms des personnes à prévenir et leurs coordonnées ont été correctement portés au dossier administratif du patient.

En pratique, l'avis d'aggravation est porté à la connaissance de la famille avec l'accord du médecin du service. Cette information prend la forme la plus appropriée : appel téléphonique, sms, courriel. L'appel téléphonique sera a priori effectué dans l'unité de soins par un membre de l'équipe soignante. L'heure et la date de cet appel doivent figurer sur la fiche d'admission.

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° 41 : « les transports de corps »*).

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 si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent. 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 DECES

Les décès doivent être constatés conformément aux dispositions du code civil, par un **médecin** de l'hôpital avec mention au dossier médical. Dans tous les cas, ce constat doit être reporté sur un certificat de décès selon les formes requises au plan national modèle Cerfa).

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 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 départemental 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'établissement 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 détenus, au directeur de l'établissement pénitentiaire
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin chef du service, doit aviser l'autorité judiciaire (commissariat ou procureur de la République), conformément à [l'article 81](#) du code civil.

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. Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt seront incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne pourra être présentée par les ayants droit qui ne pourront exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.
- 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 DECLARATION DU DECES

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.

LE DECES AUX URGENCES

Dans un service d'urgences, dès lors que le malade est considéré comme admis à l'hôpital, les formalités administratives et de soins sont identiques à celles qui s'appliquent dans une unité d'hospitalisation.

Lorsqu'une personne est transportée à l'hôpital en état de mort apparente, le médecin qui la prend en charge pratique les gestes de réanimation qui s'imposent ou s'assure que la mort est réelle et constante. Le certificat de décès peut dans ce dernier cas être établi par le médecin des urgences.

Lorsqu'un malade décédé est acheminé aux urgences par ambulance (mais cette situation n'a pas lieu d'être, en principe), il est important de vérifier que la déclaration de décès n'a pas été effectuée auparavant, au domicile ou sur la voie publique.

Lorsque le décès survient durant le transport dans le véhicule d'un SMUR relevant de l'hôpital, le décès est enregistré dans l'unité de soins où le malade était attendu (généralement l'unité de soins intensifs ou le service d'urgences.)

DECES SURVENANT AU BLOC OPERATOIRE

Lorsqu'un malade est décédé lors d'une intervention chirurgicale, le corps doit soit être ramené dans la chambre du malade, soit être transporté directement à la chambre mortuaire. Dans tous les cas, l'enregistrement du décès et la sortie administrative du malade doivent être effectués au titre de l'unité administrative correspondant à l'unité d'hospitalisation. Le fait qu'un doute existe sur les circonstances du décès au bloc opératoire, et notamment qu'un accident médical semble être survenu, ne peut justifier, sauf cas particulier, que le corps soit maintenu au sein du bloc opératoire. Les investigations qui seront les cas nécessaires pour préciser les causes et circonstances du décès seront effectuées à la chambre mortuaire, ou ultérieurement dans un autre lieu approprié au cas où la demande en serait faite dans un cadre médico-légal.

En tout état de cause, doivent être mentionnés très précisément au dossier du patient tous les incidents et anomalies pouvant donner le cas échéant des indications sur la survenue d'un éventuel accident médical.

Cas du patient non identifié (v. aussi fiche n°9 : « 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.
- **L'hôpital est également tenu de prévenir l'autorité judiciaire** (en pratique : le commissariat de police) qui procèdera aux recherches et au signalement nécessaires.
- Les objets ou vêtements portés par le patient doivent être conservés et laissés à la disposition de la police.
- Il est possible d'indiquer un obstacle médico-légal lors de la rédaction du certificat médical.

Références

- Article 80 du code civil,
- Articles R.1112-68, R.1112-69, R.1112-70, R. 1112-71 et R. 1112-72, R.1112-73 et R.1112-74 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)

37 – 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.
- Il revient aux équipes de conserver en l'état aussi bien le corps et les vêtements du patient décédé que les lieux du décès jusqu'à l'arrivée des services de police.

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 ou autorisation de crémation) par les autorités judiciaires.

La notion de mort violente et de mort suspecte doit faire l'objet d'une attention particulière, autant des soignants qui sont souvent à l'origine de la découverte du corps du patient que des médecins (éventuellement de garde) qui sont immédiatement contactés.

***La mort violente** est celle qui résulte d'une action violente exercée par un agent extérieur (physique ou toxique, une personne, une machine ou produit) dans des circonstances pouvant être criminelles, accidentelles ou suicidaires. On l'oppose à la **mort naturelle**, hypothèse dans laquelle une personne décède des suites d'un état pathologique ou physiologique.*

***La mort suspecte** est une mort inexpiquée pour laquelle on ne peut exclure qu'elle ait fait suite à une intervention de tiers et à la commission d'une infraction. Dans certains cas, la mort survient sans qu'aucun élément ne permette de savoir si la mort est naturelle ou non.*

Ainsi la mention de l'obstacle médico-légal est préconisée dans les cas **d'homicides** ou **suspensions d'homicide**, de **suicides** ou **suspensions de suicide**, de **décès suspects à l'hôpital sans intervention de tiers extérieur** tels que les décès après chutes accidentelles : chute d'un toit, d'une terrasse, voire même chutes « internes » dans un service, telles chutes d'un escalier, d'un lit ou d'un fauteuil.

Il en est de même pour les décès et blessures graves survenus à l'occasion de travaux (chutes d'objets lourds..), **d'accidents de la circulation ou du travail**, de **décès en milieu pénitentiaire** ou **psychiatriques**, ou de certains **décès de personnes vulnérables** (jeune enfant, femme enceinte) et de **morts subites de l'adulte ou de l'enfant**. Sont concernés également les noyades, intoxications, overdoses et empoisonnement, etc.

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** avait été préalablement signalée et avait déclenché des recherches internes, voir un signalement auprès des services de police (*cf : fiche 30*)

Hypothèses dans lesquelles la question de l'OML doit être posée :

Lorsqu'un patient décède à la suite de soins et qu'une faute est suspectée, la question se pose parfois de savoir s'il faut dresser un OML. Il est préconisé de ne dresser un obstacle que si le décès est véritablement suspect dans le sens où il est vraisemblable qu'une erreur -suffisamment grossière pour être manifeste - est directement à l'origine du décès. (Décès suite à un surdosage de médicaments par exemple) Si le décès semble à l'évidence pleinement rattachable à cette erreur, la mort devient suspecte et cela justifie un OML.

En cas de doute, contact peut être pris avec la **DAJ** ou l'administrateur de garde avant que l'OML ne soit posé. L'ADG pourra en tant que de besoin contacter les services de police ou le Procureur de la République pour recueillir son avis.

Procédure

Il revient aux équipes hospitalières concernées de **conserver en l'état le corps et les vêtements du patient décédé**, en s'abstenant de les toucher ou de les déplacer. Il convient également de ne rien toucher aux **lieux du décès**, quels qu'ils soient : lieux extérieurs (notamment de la découverte du corps) ou lieux intérieurs (par exemple, la fenêtre si défenestration, le lit ou le fauteuil si chute mortelle). Si besoin, ces lieux seront placés sous surveillance jusqu'à l'arrivée des services de police.

L'administrateur de garde doit 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.

Le parquet et les officiers de police judiciaire en charge de l'enquête décideront le moment venu des dispositions à prendre, s'agissant notamment de la préservation en l'état du corps, des vêtements et des objets du patient décédé, ainsi que des lieux.

Parallèlement, l'administrateur de garde doit rédiger un rapport détaillé qui mentionne les circonstances précises des événements, de leur découverte et des mesures urgentes prises.

Ce rapport sera le cas échéant transmis au cabinet de la Direction Générale, dans la perspective d'une éventuelle déclaration « CORRUSS » auprès de l'ARS.

Si besoin et en cas de difficulté, la DAJ de l'AP-HP peut être contactée.

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

38 – En cas de suicide

Pour aller à l'essentiel...

La survenue d'un suicide d'un patient (hospitalisé ou en consultation) doit être considéré comme un événement indésirable grave lié aux soins. Il doit être immédiatement signalé au directeur du site hospitalier, lequel doit saisir l'autorité judiciaire et le commissariat de police en particulier qui procèdera à une enquête.

Ce type d'événement, de même que les tentatives de suicide doit donner lieu à un signalement à la direction générale de l'AP-HP sur le modèle du signalement à l'ARS « EIG CORRUSS ».

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 en soins psychiatriques sans consentement 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 A TENIR DEVANT LES INTENTIONS ET ACTES A CARACTERE 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 sans consentement peuvent être envisagée en cas de péril imminent ou en cas de troubles graves à l'ordre public sous la forme de soins sur décision du représentant de l'Etat (*v. fiche n° 61*)

En effet, au terme de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, sont 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* ».

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° 37 : «Le décès par mort violente ou suspecte»](#)

39 – 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 est décédé après la déclaration de sa naissance à l'état civil
- L'enfant né vivant et viable est décédé avant la déclaration de sa naissance à l'état civil
- L'« enfant » est mort ou né vivant, mais non viable et qu'un certificat médical d'accouchement a été établi
- L'« enfant » est né mort avant 15 semaines d'aménorrhée ou qu'un certificat médical d'accouchement n'a pas été établi

LA «MORT PERINATALE»

Elle 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 24 heures selon les règles de droit commun (non compris les week-ends et jours fériés).

Le décès doit être mentionné sur le registre de l'hôpital et inscrit sur celui de l'état civil à la mairie.

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 mort ou 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 mère et à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère.

A noter

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 PERINATAL :

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)

40 – Le dépôt du corps en chambre mortuaire

Pour aller à l'essentiel...

Les établissements de santé doivent disposer d'au moins une chambre mortuaire dès lors qu'ils enregistrent un nombre moyen annuel de décès au moins égal à deux cents.

- 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, avant tout transfert 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. 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 aménagé** 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 est 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 jour.

41 – 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.
- 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)

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) :

- à la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
- à 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 ;
- à l'accord, le cas échéant, du directeur de l'établissement de santé au sein duquel le décès est survenu ;
- à 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 :

- à la demande écrite (*conditions non cumulatives*) :
 - o soit de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
 - o 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 ;
 - o 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 ;
- à 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 ;
- à 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 maladies 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 APRES MISE EN BIERE

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.

LE TRANSPORT DE CORPS EN DEHORS DE LA COMMUNE

Lorsque le corps est transporté hors de la commune de décès ou de dépôt, les opérations de fermeture et de scellement du cercueil s'effectuent sous la responsabilité de l'opérateur funéraire, en présence d'un membre de la famille.

A défaut, elles s'effectuent :

- dans les communes dotées d'un régime de police d'Etat, sous la responsabilité du chef de circonscription, en présence d'un fonctionnaire de police délégué par ses soins ;
- dans les autres communes, sous la responsabilité du maire, en présence du garde champêtre ou d'un agent de police municipale délégué par le maire.

Ces fonctionnaires peuvent assister, en tant que de besoin, à toute autre opération consécutive au décès

Références

- Article L.2213-14 du Code général des collectivités territoriales
- 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).
- Loi n° 2015-177 du 16 février 2015 relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures

42 - 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 peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur le registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révocable à tout moment.
- L'Agence de la biomédecine est avisée, préalablement à sa réalisation, de tout prélèvement à fins thérapeutiques.
- Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. (sur les prélèvements à visée scientifique *voir fiche n° 43*)
- Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité, conformément aux bonnes pratiques arrêtées par le ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence de la biomédecine.
- Le registre national des refus doit être systématiquement consulté.

DEFINITION

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 exprimé, doit être strictement respecté.

Il peut être exprimé de plusieurs manières :

- A titre principal par l'indication du refus sur le **«Registre National automatisé des Refus de Prélèvement»** tenu par l'Agence de la biomédecine.
La demande d'inscription sur le registre est faite sur papier libre ou en remplissant le formulaire mis à disposition du public par l'Agence de la biomédecine.
La demande d'inscription est adressée à l'Agence de la biomédecine par tout moyen permettant de lui conférer une date certaine de réception : elle est datée, signée, accompagnée de la photocopie de tout document susceptible de justifier de l'identité de son auteur, notamment de la carte nationale d'identité en cours de validité, du passeport périmé depuis moins de cinq ans, du permis de conduire ou d'un titre de séjour.
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.

- Par tout autre moyen : il convient de s'enquérir de l'existence de documents écrits du malade, de propos tenus au personnel de l'hôpital.

Une personne peut en effet avoir exprimé son refus par écrit et confié ce document à un proche. Ce document doit avoir été daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe au document exprimant le refus. Le document est transmis par un proche à l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement.

Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant.

Ce proche ou l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement transcrit par écrit ce refus en mentionnant précisément le contexte et les circonstances de son expression. Ce document est daté et signé par le proche qui fait valoir ce refus et par l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement.

Les documents mentionnés sont déposés dans le dossier médical de la personne concernée.

Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains d'entre eux.

Le refus de prélèvement des organes est révisable et révoquant à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente.

Lorsque le prélèvement est demandé sur un mineur ou un majeur sous tutelle :

Si la personne décédée était un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit.

Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

2. Les prélèvements ne peuvent être pratiqués que dans des établissements de santé autorisés à cet effet par le **directeur de l'agence régionale de santé 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 doit être **restauré** après prélèvement.

8. Les proches doivent être informés de leur droit à **connaître les prélèvements effectués**.

ENTRETIEN AVEC LES PROCHES

L'entretien avec les proches a pour but, après l'annonce du décès, de les informer sur la nature, la finalité et les modalités du prélèvement d'organes et de tissus, lorsque le décès de la personne survient dans un contexte rendant possible de tels prélèvements et en cas de non-inscription de la personne décédée sur le registre national des refus.

(Voir grille d'analyse de la conduite de l'entretien annexée à l'arrêté du 16 août 2016 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus.)

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 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 LIES AUX PRELEVEMENTS

- Les frais de transport du patient d'un établissement de santé vers un autre établissement de santé, en vue d'établir le diagnostic de mort encéphalique et d'effectuer des prélèvements à des fins thérapeutiques 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. Il prend, en outre, en charge les frais de restitution du corps du donneur à sa famille dans des conditions telles que celle-ci n'ait pas à exposer de dépenses supérieures à celles qu'elle aurait supportées si le prélèvement n'avait pas eu lieu.

Ce formulaire de demande (*page suivante*) 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.1211-10 R. 1232-1 à 1232-13, L. 1241-1 à L. 1241-2-1 du code de la santé publique
- Arrêté du 29 octobre 2015 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
- Décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès
- Arrêté du 16 août 2016 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus
- site de l'Agence de la biomédecine : www.agence-biomedecine.fr
- Guide AP-HP, « Le décès à l'hôpital » (2012)

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 (télécopie)**

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 :

43 - 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° 42 : «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.

DEFINITION

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

● Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révoquant à tout moment.

Si la personne décédée était un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Dans des cas particuliers, 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 A 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).

Ce type de 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)

44 - 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 les situations où la famille souhaite connaître précisément les causes du décès).

CONDUITE A TENIR DANS LE CAS DE PRELEVEMENT A 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 du 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 de l'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)

DELAIS

Les opérations de transport doivent être achevées dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès.

Lorsque l'autopsie médicale est réalisée en vue de diagnostiquer l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée au c de l'article R. 2213-2-1 le délai est porté à 72 heures.

Attention cette disposition prévue par la loi n'est pas opérationnelle à ce jour à défaut d'arrêté précisant les maladies concernées)

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

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 ré-accueilli 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)

45 – 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.

Un établissement de santé, de formation ou de recherche ne peut accepter de don de corps que si l'intéressé en a fait la déclaration écrite.

Le 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. En région Ile de France, **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.

Une copie de la déclaration est adressée à l'établissement auquel le corps est légué ; cet établissement délivre à l'intéressé une carte de donateur, que celui-ci s'engage à porter en permanence.

En retour, ces services adressent à l'intéressé un formulaire de don. Une carte de donateur lui est 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 la Faculté de médecine ou l'Ecole de Chirurgie par écrit.

Après le décès, le transport est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de décès ou de dépôt du corps. La déclaration est subordonnée à 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 d'une des infections transmissibles figurant sur l'une des listes mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code de la santé publique. (Attention cette dernière disposition prévue par la loi n'est pas opérationnelle à ce jour à défaut d'arrêté précisant les maladies concernées)

Le corps est alors acheminé à l'établissement légataire (Faculté de médecine ou Ecole de chirurgie) 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'établissement légataire, les corps sont alors mis à la disposition de travaux d'enseignement ou de recherche.

L'établissement assure à ses frais la crémation du corps.

L'établissement légataire n'est pas tenu d'accepter le corps, son refus pouvant avoir plusieurs causes : (impossibilité matérielle ponctuelle, corps contagieux, etc...). Dans ce cas, il revient à la famille de procéder aux obsèques dans les conditions ordinaires.

Références

- Article R.2213-13 du Code général des collectivités territoriales

Les relations hôpital/police/justice

46 – L’usurpation d’identité

Pour aller à l’essentiel...

- L’hôpital doit porter plainte auprès du commissariat de police et aviser de cette plainte l’organisme de sécurité sociale concerné.
- La Direction des affaires juridiques doit également être tenue informée

CIRCONSTANCES

L’hôpital peut avoir connaissance que des patients procèdent à une usurpation d’identité en **s’attribuant délibérément** le nom d’un tiers et en utilisant ainsi sa couverture sociale, avant de disparaître à l’issue des soins, de ne pas payer les frais de séjour et bénéficier, indûment, de la prise en charge des soins par la Sécurité sociale.

L’usurpation d’identité peut être sanctionnée pénalement à travers plusieurs infractions (escroquerie, falsification, mise en danger d’autrui), selon les faits de l’espèce.

PROCEDURE A SUIVRE

Dans un premier temps, l’hôpital doit **porter plainte** auprès du commissariat de police.

Puis, il doit **aviser immédiatement** de cette plainte **le ou les organismes de sécurité sociale** dont l’individu se déclare frauduleusement 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.

Doivent lui être communiqués :

- 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

47 – 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 si le patient présente un danger pour autrui
- Faire signer une attestation en cas de refus d'hospitalisation
- Consigner les démarches entreprises dans le registre du service (ou des urgences)

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.**

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 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, le patient, lorsque cela est possible, doit signer **une attestation** l'informant des risques qu'il encourt. A défaut de signature, un procès-verbal de refus de soins doit être établi par deux membres du personnel. Toute la procédure, y compris la démarche tendant à convaincre le patient, doit être tracée au dossier médical.

☞ v. fiche n° 20: «Le refus de soins»

RETENTION DE LA PERSONNE CONTRE SA VOLONTE

Une telle rétention peut s'imposer 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».

Il peut en être ainsi dans le 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 ou prendre toute autre initiative appropriée.

CAS DU PATIENT AMENE PAR LA 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.

La procédure devant être suivie est précisée par le protocole d'accord conclu entre l'AP-HP, la préfecture de police de Paris et le Parquet de Paris le 24 février 2014.

« Avant même l'arrivée aux urgences, le commissariat local téléphone au médecin coordonnateur des urgences (ou à défaut à un médecin sénior des urgences) sur un numéro dédié et l'avise de l'arrivée imminente d'une personne. L'identité de l'intéressé est communiquée pour l'intégrer dans la « file d'attente » des patients.

Dès l'arrivée aux urgences, les policiers se signalent à l'agent d'accueil : ils lui donnent des informations sur l'état de la personne ivre (calme, déprimée, énervée, violente). Selon son état, elle est examinée dans les meilleurs délais afin que les autres usagers des urgences soient importunés le moins possible et que le temps de rétention soit réduit au strict nécessaire.

Si un service des urgences a organisé un « circuit court » au sein du service, destiné à la prise en charge des situations simples ne justifiant le plus souvent ni examen complémentaire ni soin spécifique, alors [cette procédure] peut constituer le circuit d'accueil des patients adressés pour « bulletin de non admission ».

Dès l'examen médical terminé, le médecin informe les policiers de l'admission ou de la non-admission de la personne, avant même la remise physique du bulletin. Dans le cas d'une admission, il avise l'officier de police judiciaire.

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

☞ [Voir « modèle type de certificat de non admission » page suivante »](#)

Références

- Articles L. 1111-4 et L. 3341-1 du Code de la santé publique,
- Article 122-7 du Code pénal,
- Articles 82 et 103 et suivants du règlement intérieur de l'AP-HP.

Modèle type de certificat de non admission

Hôpital..... - Service des urgences

.....

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

àheures.....

M./Mme.....âgé(e) de

demeurant

.....

présenté(e) par les fonctionnaires du commissariat de police 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.

- Le patient refuse l'examen*

(* rayer la mention inutile)

A, le.....

48 – 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 des patients blessés par arme.
Pour autant et en application de l'article 226-14 du code pénale, l'AP-HP s'est engagée dans le cadre des protocoles Police-Justice-AP-HP à ce que l'administrateur de garde signale certains faits 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 : UNE SUSPICION D'INFRACTION

L'admission d'un patient blessé permet de suspecter la commission d'une infraction. A cet égard, 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.).

Bien que le secret professionnel couvre toutes les informations venues à la connaissance d'un professionnel, le délit de violation du secret professionnel n'est pas applicable aux professionnels santé 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 (art. 226-14, C. pénal).

EN PRATIQUE

Les protocoles Police/Justice/AP-HP prévoit dans différents types de situations que l'administrateur de garde aviser le directeur de certaines situations à l'issue de sa garde, afin que ce dernier contacte les services de police.

Il peut s'agir :

- d'un patient blessé, victime d'une infraction et qui demande protection et souhaite porter plainte,
- d'un patient blessé et qui provoque un trouble à l'ordre public (phénomène de bande, violences, dégradations, etc.) et menace la sécurité du personnel,
- de la découverte d'un individu grièvement blessé (pronostic vital engagé) dont la cause des blessures est inconnue ou suspecte (article 74 du code de procédure pénale),
- de l'arrivée d'un individu grièvement blessé qui indique expressément son refus de faire appel aux services de police.

RECOMMANDATIONS

Lorsque les médecins 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 des blessés éventuellement utiles aux enquêteurs seront conservés en l'état le temps nécessaire, dans la perspective d'éventuelles investigations (circulaire du 21 juillet 1947).

Références

- Articles 226-13 et 226-14 du Code pénal,
- Articles 82 et 217 du règlement intérieur de l'AP-HP.

49 - 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 disposant d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI). Une telle unité est implantée à la Pitié Salpêtrière).

Ils ne doivent être admis dans un autre hôpital qu'à titre **exceptionnel** :

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

Le directeur général de l'ARS désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, un établissement de santé à proximité, pour les hospitalisations présentant un caractère d'urgence ou de très courte durée.

Les détenus peuvent par ailleurs être hospitalisés dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), dont la mission de prendre en charge les hospitalisations programmées de plus de 48 h.

ADMISSION

Les 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 RESPONSABILITE

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'établissement 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. De manière générale, l'administrateur de garde doit être avisé des surveillances policières et veiller à ce que la présence policière ne gêne pas outre mesure la permanence des soins dans le service concerné (notamment le service des urgences).

PATIENT « MIS EN CAUSE » (EN GARDE A VUE)

Les personnes placées en garde à vue et qui sont admises à l'hôpital en raison de pathologies ou de blessures ne sont pas forcément transférées dans des unités dédiées (telles que l'unité CUSCO à l'Hôtel Dieu). Des policiers assurent leur garde dans les locaux hospitaliers afin de prévenir des risques de fuite ou pour la propre sécurité du patient.

En pratique, lorsqu'une personne est placée en garde à vue, elle peut demander à être examinée par un médecin. Lorsque l'examen conclut à l'incompatibilité de l'état de santé avec une mesure de garde à vue (examen qui peut se dérouler dans le commissariat ou au SAU selon les cas), elle est transportée dans un véhicule de police dédié aux transferts commissariat/hôpital pour être admise dans le service hospitalier adéquat.

Les policiers assurent sa surveillance tant que la mesure de garde à vue n'est pas levée par le Parquet (via l'officier de police judiciaire). Le personnel hospitalier organise l'accueil des fonctionnaires de police afin de les mener dans le service concerné.

Ces derniers informent régulièrement le personnel hospitalier sur les modalités de leur surveillance (dangerosité éventuelle du patient, changement d'équipage de garde, fin de la garde).

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR (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 Ministère de la justice (pour un prévenu, au magistrat en charge du dossier ; pour un condamné, au juge de l'application des peines ou « JAP »).

ORGANISATION D'UNE CONSULTATION MEDICALE - RECOMMANDATIONS

- Dans la mesure du possible, **préparer la consultation**, en concertation avec les services pénitentiaires.
- Les règles relatives au **consentement aux soins** s'appliquent aux détenus.
☞ [v. fiche n° 17: « Le consentement aux actes médicaux »](#)
- **Eviter** d'annuler des rendez-vous à la dernière minute,
- **Limiter** autant que possible le temps de présence du détenu au sein de l'hôpital,
- Organiser des **conditions d'accueil discrètes et adaptées**. On favorisera l'organisation d'un circuit dédié permettant d'éviter le contact avec le public et de créneaux horaires réservés aux personnes détenues en début de consultation.
- 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 GARDEES A 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.

L'UNITE HOSPITALIERE SECURISEE INTERREGIONALE (UHSI)

L'AP-HP comporte une unité spécifiquement destinée à l'accueil des personnes incarcérées, dénommée « unité hospitalière sécurisée interrégionale » (UHSI), au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles-Foix.

Cette UHSI est l'une des deux composantes de l'UHSI « pôle parisien », la seconde se trouvant au sein de l'établissement public de santé national de Fresnes, située dans le domaine pénitentiaire de Fresnes.

La partie sanitaire de l'UHSI ne diffère en rien d'une unité d'hospitalisation traditionnelle en termes d'équipement technique et médical.

☞ [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,
- Décret n° 2016-1505 du 8 novembre 2016 relatif aux établissements de santé assurant le service public hospitalier
- Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées
- Avis du contrôleur général des lieux de privation de liberté du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé
- Articles 103 et suivants du règlement intérieur 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, en prison ou en milieu ouvert, les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. 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

Mesure d'instruction par laquelle une juridiction procède à l'audition des parties ou de l'une d'elles.

Comparution immédiate

Procédure par laquelle l'auteur d'une infraction est traduit, à l'issue de sa garde à vue, devant le tribunal correctionnel, pour y être jugé.

Comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité

Procédure de jugement simplifiée concernant les auteurs de délits punis d'au maximum 5 ans d'emprisonnement et ayant reconnu les faits reprochés. L'auteur est obligatoirement assisté d'un avocat. Le procureur de la République propose une peine au mis en cause. Cette peine qui ne peut être supérieure à un an d'emprisonnement ou à la moitié du maximum encouru doit être acceptée par le mis en cause, puis être homologuée par un juge.

Condamné

Personne déclarée coupable d'avoir commis une **infraction** par une décision définitive, et à laquelle est infligée une sanction.

Détention provisoire

Mesure ordonnée par le juge des libertés et de la détention (JLD) saisi par le juge d'instruction. Ce dernier peut demander 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).

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

Détenu

Personne incarcérée sur décision de justice 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. Pour certaines infractions (terrorisme, trafic de stupéfiants), elle peut durer jusqu'à 96 heures. La garde à vue est strictement encadrée par la loi et son exécution est surveillée par les magistrats du Parquet.

La personne gardée à vue dispose de droits tels que le droit de se taire, de faire prévenir sa famille ou de s'entretenir avec un avocat dès la 1ère heure.

Incarcération

Emprisonnement.

Juge de l'application des peines (JAP)

Il est chargé de contrôler l'exécution des peines d'emprisonnement (permission de sortir, libération conditionnelle, semi-liberté, bracelet électronique) avec pour objectif la réinsertion et la prévention de la récidive. Il se rend fréquemment en prison où il rencontre les détenus. Il surveille également, avec le concours des conseillers d'insertion et de probation, le bon déroulement des peines telles que le sursis avec mise à l'épreuve et le travail d'intérêt général.

Maison d'arrêt

Établissement pénitentiaire qui reçoit les **prévenus** et les **condamnés** dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.

Maison centrale

Établissement pénitentiaire 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 incarcérée 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** auprès d'un tribunal de première instance ou d'un tribunal supérieur d'appel. Représentant du ministère public, il est destinataire des plaintes, signalements, dénonciations, déclenche l'action publique, dirige les enquêtes et décide des éventuelles poursuites à engager contre tout auteur d'infraction. Au cours d'un procès, le procureur, ou ses substituts, demande l'application de la loi.

50 - 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 ou membre du personnel de l'hôpital 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.**

DEFINITION

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

Cette infraction doit avoir été commise au sein de l'hôpital et mettre en cause soit un agent de l'établissement (**personnel permanent ou non**) soit **un tiers à l'établissement**, dont les patients, internes et fournisseurs. Le signalement est justifié dès lors qu'il existe des éléments probants laissant présumer l'existence d'une infraction, et non de simples doutes.

La victime de l'infraction signalée peut être un patient de l'établissement, le cas échéant personne particulièrement vulnérable (mineur ou majeur avec altération des facultés mentales ou vulnérable par son état de santé).

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

Le signalement effectué 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, usage de faux documents, etc.).

Il est également distinct de l'appui qu'un hôpital accorde (au titre de la protection fonctionnelle, qui implique saisine de la Direction des affaires juridiques) à un membre de son personnel victime de violences ou de menaces, qui entend déposer plainte pour l'infraction qu'il a personnellement subie.

☞ *v. fiche n° 84 : «La protection 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, a priori, de risque de poursuite pour dénonciation calomnieuse.**

MODALITES DU SIGNALEMENT

Forme

Il doit être effectué sous la forme d'une **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), **signée** par l'administrateur de garde.

Délai

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 ou courriel**. 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 du dossier patient) avec le cas échéant un certificat du chef de service sur sa **vulnérabilité** (âge, déficit, etc...), sur sa capacité à être entendue ou pas (si elle peut ou pas s'exprimer).

Le rapport signalera le cas échéant que la victime est choquée (le cas échéant : pour une femme, elle sera de préférence entendue 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, ceci peut être résumé par un **bref compte-rendu** du personnel hospitalier auprès duquel elle s'est confiée.

Il doit être indiqué si la victime est **sous protection juridique** (curatelle, tutelle).

Dans certains cas, la victime (notamment un patient hospitalisé) peut indiquer son refus de déposer plainte : au cas par cas, 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 d'un cadre de santé, etc.).

- Sur **l'auteur supposé de l'infraction**, qu'il s'agisse d'un agent de l'hôpital (voire un étudiant en médecine ou un 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 l'adresse personnelle (et la fonction exercée dans l'hôpital, si c'est un agent).

Une enquête interne préalable peut le cas échéant être effectuée. Si un agent de l'hôpital est concerné, l'enquête permettra de l'interroger, lui indiquer les faits signalés et recueillir ses observations.

Cette pratique peut avoir du sens, pour prendre une mesure conservatoire et/ou disciplinaire, mais lorsque l'urgence et la gravité des faits signalés le requièrent, le signalement à l'autorité judiciaire sera effectué sans ces démarches préalables auprès de l'agent, qui seront alors **différées**.

Une prompte enquête interne aura pour objectif de « figer » rapidement les éléments à recueillir. Mais il faut veiller à ne pas interférer avec l'enquête de police judiciaire ultérieure, afin de ne pas nuire à son efficacité.

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

En revanche, *a minima*, il est important de **décrire avec précision les 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 adresseront à l'hôpital une réquisition écrite ou se déplaceront en cas d'urgence.

Points 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 la note de signalement et qui, dans tous les cas, sera chargée du suivi du dossier auprès de l'autorité judiciaire.

Il est en effet 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.).

Il sera indispensable d'avoir connaissance d'un contrôle judiciaire ou d'une condamnation (notamment en cas de sursis avec mise à l'épreuve avec obligations particulières), car l'hôpital pourra se trouver 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. Ces services pourront en effet 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 (celui du 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 référence au **signalement de mineurs en danger** (article 375 du Code civil). En général, ces signalements seront effectués par le **médecin**, après concertation entre l'équipe médicale et le service social (v. dérogation au secret professionnel ; art. 226-14 du Code pénal).

☞ v. fiche n° 24: «Le secret médical et professionnel»

Toutefois, rien ne s'oppose à ce que la direction du groupe hospitalier effectue elle-même ce signalement après une enquête interne.

Exemple

Cas d'un patient mineur (en bas âge) pour lequel il a été découvert une blessure grave (fracture) dont l'origine restait inexplicite et qui n'était pas inhérente à la nature des soins prodigués initialement. En l'espèce, l'autorité judiciaire 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 considère que l'hôpital ne pouvait occulter une telle anomalie et devait provoquer 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 ≤ à 8 jours ou > à 8 jours)
 - Administration de substances nuisibles (sur personnes vulnérables et avec ITT ≤ 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

A noter

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
- Article 40 du règlement intérieur de l'AP-HP

51 – 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 déposées au commissariat de police, 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 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* » (art. 34)

LE PATIENT PORTEUR DE DROGUE

La découverte de produits stupéfiants à l'hôpital

La découverte de stupéfiants sur un patient doit être signalée aux services de police conformément à l'article 40 du code de procédure pénale.

L'administrateur de garde doit :

- être **informé** de la situation dans les meilleurs délais,
- en cas de découverte par le personnel hospitalier : préserver les traces et indices,
- à l'issue de la garde, informer la direction de l'hôpital de la découverte de produits stupéfiants (« *in corpore* » et/ou sur le patient, dans sa chambre ou dans un service de soins) dans les meilleurs délais,
- dresser un inventaire des produits découverts,
- 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,
- recevoir un récépissé délivré par la police indiquant la date de la remise et la quantité de produit. Au cas où il est décidé de transporter les produits stupéfiants au commissariat, il est important de le prévenir au préalable.

IDENTITE DU PATIENT ET SECRET PROFESSIONNEL

La révélation de la découverte de stupéfiants n'exonère pas le personnel hospitalier du secret professionnel (art. 226-13, C. pén.).

Aucun texte de loi ne prévoyant la levée du secret professionnel en cas de détention illicite de stupéfiants, l'identité du patient concerné par la découverte des produits ne doit donc pas être divulguée, y compris en cas de découverte « *in corpore* ».

Le patient en est informé.

Si à la suite de la remise des stupéfiants à la police, celle-ci décide d'ouvrir une enquête pénale, les règles relatives aux relations entre les services d'enquête et les professionnels hospitaliers s'appliquent (v. [fiche n° 54. « La réquisition d'informations administratives »](#) et [n° 53» La demande du dossier médical sur réquisition ou perquisition »](#)).

Une instruction ministérielle 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 en est informé.

LE PATIENT DETENTEUR 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 (art. 226-14 du Code pénal).

L'administrateur de garde doit :

- être **informé** de la situation dans les plus brefs délais,
- faire procéder au retrait de l'arme, la répertorier (numéro d'ordre et brève description) et la **consigner** au coffre de l'hôpital. Dans le cas spécifique d'une arme à feu, celle-ci doit être manipulée le moins possible car un départ accidentel de coup est toujours envisageable. L'idéal est qu'une seul et unique personne retire l'arme à son propriétaire et la mette au coffre en attendant la remise aux services de police.
- Dans l'éventualité d'une enquête judiciaire, des mesures conservatoires doivent être prises : conservation et consignation des objets suspects avec une attention particulière en ce qui concerne la préservation des traces et indices (habits souillés de sang par exemple, projectiles extraits), compte-rendu opératoire détaillé indiquant la localisation des projectiles et la nature des lésions.
- 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 important d'en prévenir le commissariat au préalable), (hormis l'hypothèse visée par l'article 226-14 du code pénal mentionnée ci-dessus)

Précision

Une circulaire du 31 mai 1928 relative à la fouille des malades et au dépôt des objets dangereux fixe les principes généraux applicables en cas de découverte d'une arme sur un patient (cette circulaire est souvent citée, mais difficilement accessible).

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,
- 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.

52 - L'admission d'un toxicomane

Pour aller à l'essentiel...

- En cas d'interruption d'un traitement imposé, **informer immédiatement** l'autorité judiciaire ayant prononcé la mesure d'injonction thérapeutique.

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 THERAPEUTIQUE DE L'AUTORITE SANITAIRE

Dans cette hypothèse, le patient toxicomane a été **signalé** à l'autorité sanitaire (l'ARS) soit sur le 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 à défaut désigné d'office), car une cure de désintoxication s'avère nécessaire (après enquête sur sa vie privée, familiale, sociale et professionnelle).

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

LE TRAITEMENT SUR INJONCTION THERAPEUTIQUE DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

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 (ARS) est alors informée de cette injonction de soin et contrôle le déroulement de la cure au moyen de certificats médicaux que doit lui faire parvenir le patient toxicomane.

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

En cas d'interruption du suivi à l'initiative du patient ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, le professionnel de santé désigné ou l'administrateur de garde doit en informer sans délai l'autorité judiciaire ayant prononcé la mesure d'injonction thérapeutique.

Références

- Articles L. 3411-1 à 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 de l'AP-HP.

53 – La demande du dossier médical sur réquisition ou perquisition

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 :

- à la suite d'une réquisition,
- dans le cadre d'une «perquisition – saisie ».

Le plus souvent, le dossier médical est remis sur réquisition.

Dans ces deux situations, il convient d'assurer, dans le respect des activités de chacun, une coopération appropriée entre les autorités judiciaires, les forces de police d'une part, et les hôpitaux, les praticiens de l'AP-HP, d'autre part.

Rappels procéduraux

1. L'enquête préliminaire : articles 76 et 77-1-1 du code de procédure pénale

Lorsqu'une plainte est déposée ou lorsque le procureur de la République a connaissance d'un fait suspect, ce magistrat peut demander à la police judiciaire de procéder à une enquête préliminaire. Cette enquête est effectuée par le Procureur de la République, ou sur son autorisation, par un officier de police judiciaire (OPJ).

Au vu des résultats de ces investigations, le procureur de la République décide de déclencher ou non l'action publique à l'encontre des auteurs présumés d'une infraction. L'enquête préliminaire a pour rôle de permettre au parquet de s'informer, pour prendre ensuite parti sur les éventuelles poursuites à engager.

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.

L'infraction flagrante est celle qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Il n'y a alors pas instant à perdre pour que l'action publique se mette en route. En ce cas, la police judiciaire, sous l'autorité du procureur de la République, dispose de pouvoirs coercitifs.

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.

Avant d'être soumises à une juridiction de jugement, les infractions ayant donné lieu à une plainte avec constitution de partie civile, les affaires pénales complexes ou celles dans lesquelles les auteurs de l'infraction ne sont pas identifiés peuvent être soumises à une phase d'information menée par le juge d'instruction.

Il recherche la vérité, en employant tout procédé d'investigation. Ne pouvant accomplir seul tous les actes nécessaires à la recherche de la vérité, il délivre des commissions rogatoires aux officiers de police judiciaire afin de leur permettre de procéder à de tels actes.

LA SOLLICITATION DU DOSSIER MEDICAL PAR REQUISITION

Définition

La réquisition est ici l'acte par lequel l'autorité judiciaire et/ou les forces de police ou de gendarmerie adressent une demande afin d'obtenir des informations ou des documents détenus par l'établissement, par exemple tout ou partie d'un dossier médical.

Principe et formalisme

Si aucun texte ne prescrit la forme que doit revêtir une réquisition, l'AP-HP sollicite toujours un écrit, conformément au « *Protocole hôpital-police-justice* » établi avec la Préfecture de Police de Paris et le Parquet de Paris.

En cas d'urgence, l'officier de police judiciaire présent à l'hôpital peut formuler une réquisition orale, mais il devra faire parvenir un écrit dans les plus brefs délais.

L'attente d'une réquisition ne doit pas empêcher l'hôpital de prévoir toutes mesures nécessaires de sauvegarde à titre préventif, notamment en reproduisant le dossier médical afin d'en conserver une copie et, dans la mesure du possible, en préparant un bordereau listant les différents documents saisis.

Les dispositions légales imposent un formalisme particulier aux réquisitions : présentation par le requérant de son identité et de sa fonction, identification du cadre juridique de l'enquête de police judiciaire par référence au code de procédure pénale, infraction pénale visée, mission exacte, date et signature.

Nature des renseignements requis

Lorsque les renseignements requis sont de nature médicale, les réquisitions doivent être libellées à un médecin hospitalier, en pratique, au chef de service concerné.

La remise des documents ne peut en effet intervenir qu'avec l'accord du médecin. Dans cette hypothèse, s'il donne une suite favorable à la réquisition, aucune infraction de violation du secret professionnel ne peut lui être reprochée.

Si le médecin refuse de répondre favorablement à la réquisition, il ne peut pas non plus lui être reproché l'infraction de non réponse à réquisition par le procureur de la République. Ce dernier se fera le cas échéant remettre le dossier médical soit sur commission rogatoire soit en se déplaçant lui-même.

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 pourra conduire à une perquisition et saisie du dossier médical qui auront 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 saisir 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 des suites de l'enquête.

Cas particuliers

De manière générale, le médecin doit s'abstenir de toute interprétation subjective.

Réquisitions visant à obtenir un certificat médical descriptif de blessures pour un patient hospitalisé, victime d'infraction ou mis en cause : ce certificat n'a vocation qu'à décrire des blessures, sans mentionner leur origine ni l'incapacité totale de travail (qui revient en principe aux médecins des UMJ).

Réquisitions visant à obtenir un certificat sur l'état de vulnérabilité d'un patient victime d'infraction pénale : le certificat mentionne l'état physique ou psychique qui caractérise la vulnérabilité du patient, sans indiquer les causes.

Rôle de l'hôpital

- Le médecin doit se faire présenter la carte professionnelle du policier
- L'administrateur de garde doit être avisé de la présence du fonctionnaire. Ce dernier sera accompagné par l'administrateur de garde à l'intérieur de l'hôpital.
- le médecin requis doit en informer la direction de l'hôpital **dans les meilleurs délais.**
- Le praticien hospitalier ou le chef de service ou de pôle doivent être présents lors de la remise des documents médicaux. Les pièces médicales saisies sont placées sous scellés avec un inventaire. Une copie des pièces ou du dossier médical dans son entier doit être systématiquement effectuée et conservée au sein du service d'origine. Cette copie servira notamment en cas de sollicitation ultérieure 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.
- La DAJ doit être informée de cette réquisition.

DELIVRANCE DU DOSSIER MEDICAL AU COURS D'UNE «PERQUISITION – SAISIE»

Définitions

La perquisition est un acte d'enquête qui consiste à rechercher, en l'espèce au sein de l'hôpital, les éléments de preuve de la commission d'une infraction, le cas échéant au sein du dossier médical.

La saisie est un acte par lequel l'autorité judiciaire (et/ou les forces de police) place « sous main de justice » des objets (par exemple un dossier médical) trouvés au cours de la perquisition, en dresse inventaire et y appose un scellé. En tout état de cause, la perquisition implique la recherche de documents qui ne sont plus « remis » (volontairement), mais « appréhendés » (sous contrainte) pour être placés sous scellés.

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 des médecins :*

La perquisition implique systématiquement la présence d'un représentant de l'Ordre des médecins pour assurer le respect du secret médical et éviter la consultation de documents médicaux concernant des patients n'étant pas concernés par la procédure. Cette présence est nécessaire pour assurer le respect du secret médical, et éviter la consultation de documents médicaux relatifs à 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 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, « JLD »).

Dans les autres procédures (enquête de flagrance et instruction), cet assentiment n'est pas requis.

ROLE DE L'HOPITAL

- 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 et pour assurer son suivi médical.

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 de prévoir celle d'un représentant de l'administration hospitalière et d'un médecin du service concerné.

Il est également important de préparer, dans la mesure du possible, un bordereau listant les différents documents saisis.

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

54 - La réquisition d'informations administratives

La réquisition est ici l'acte par lequel l'autorité judiciaire et/ou les forces de police ou de gendarmerie adressent une demande afin d'obtenir des informations ou des documents détenus par l'établissement.

PRINCIPE ET FORMALISME

Si aucun texte ne prescrit la forme que doit revêtir une réquisition, l'AP-HP sollicite toujours un écrit, conformément au « Protocole hôpital-police-justice » établi avec la Préfecture de Police de Paris et le Parquet de Paris.

En cas d'urgence, l'officier de police judiciaire présent à l'hôpital peut formuler une réquisition orale, mais il devra faire parvenir un écrit dans les plus brefs délais. L'attente d'une réquisition ne doit pas empêcher l'hôpital de prévoir toutes mesures nécessaires de sauvegarde à titre préventif, notamment en reproduisant le dossier médical afin d'en conserver une copie et, dans la mesure du possible, en préparant un bordereau listant les différents documents saisis.

Les dispositions légales imposent un formalisme particulier aux réquisitions : présentation par le requérant de son identité et de sa fonction, identification du cadre juridique de l'enquête de police judiciaire par référence au code de procédure pénale, infraction pénale visée, mission exacte, date et signature.

- **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 en principe 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'un état clinique donné, 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.

Si la personne recherchée est auteur présumée d'une infraction, 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 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* ».

Références

- Articles 56 à 59, 60-1, 76, 77-1-1, 81, 94, 96, 99-3 du code de procédure pénale
- Article 186 du règlement intérieur de l'AP-HP

55 - L'audition de patients majeurs

Pour aller à l'essentiel...

- Les officiers 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. Ils doivent en principe solliciter à cet effet l'avis du médecin en charge du patient avant l'audition.**
- L'administrateur de garde **doit être informé** de toute **audition**. Les enquêteurs sont également tenus d'informer les médecins du service de la réalisation de l'**audition**.

Quel qu'en soit le cadre, l'administrateur de garde ne peut s'opposer à l'audition d'un patient majeur par un officier de police judiciaire (ou agent de police judiciaire sur délégation), sauf avis médical contraire.

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 (OPJ) souhaitent procéder à l'audition d'un patient au stade de l'enquête préliminaire, ils doivent s'assurer auprès de la direction de l'hôpital de l'accord de celui-ci. L'autorisation de la direction de l'hôpital n'est pas requise. Seuls doivent être pris en compte la volonté du patient ou l'avis du chef de service sur un état de santé incompatible avec l'audition pour décider si la police judiciaire peut ou non procéder à l'audition.

2. Dans le cadre d'un flagrant délit (art. 53 et suivants du code de procédure pénale - voir encadré) : l'audition des patients n'est soumise à aucune autorisation ni accord préalables.

S'il est préférable que l'administrateur de garde soit prévenu par la police de cette intervention 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 pour 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.

S'agissant d'un majeur protégé mis en cause ou victime, l'administrateur de garde doit indiquer aux enquêteurs les coordonnées du tuteur ou du curateur, afin qu'il soit avisé ou entendu. La présence du tuteur ou du curateur n'est pas obligatoire lors de l'audition du majeur protégé.

Références

- Articles 53 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 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 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 (OPJ). 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 (OPJ) 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**, perquisitions, saisies... Toutefois, ils ne peuvent pas procéder aux interrogatoires et confrontations des personnes mises en examen. Ils ne peuvent procéder à l'audition des parties civiles ou du témoin assisté qu'à la demande de ceux-ci.

Audition

Fait pour un magistrat, un policier, un gendarme, d'entendre les personnes impliquées dans une procédure judiciaire : adversaires, témoins, experts, etc.

Audition libre

L'audition libre permet aux enquêteurs d'entendre une personne soupçonnée d'une infraction sans la mettre en garde à vue. Lors de son audition, la personne auditionnée peut quitter les lieux quand bon lui semble. On parle aussi d'audition comme suspect libre.

La personne auditionnée dispose de plusieurs droits : celui de quitter à tout moment les locaux où elle est entendue, celui d'être assisté par un interprète, celui de faire des déclarations, de répondre aux questions qui lui sont posées ou de se taire, celui de bénéficier, le cas échéant gratuitement, de conseils juridiques dans une structure d'accès au droit et celui d'être assisté par un avocat (si l'infraction pour laquelle elle est entendue est un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement).

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.

Témoin assisté

Personne visée par une plainte, mise en cause ou poursuivie par le Parquet, contre laquelle il existe de simples indices insuffisants pour la mise en examen qui rendent vraisemblable qu'elle a commis un **crime** ou un **délit**. Son avocat a accès au dossier de la procédure. Entendu par le juge d'instruction, le témoin assisté 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 et à ce titre donne des instructions aux policiers et gendarmes. Il peut décider de mettre une personne en examen et sous **contrôle judiciaire** ou **demandar sa mise en détention provisoire au juge des libertés et de la détention (JLD)**. 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 **témoign assisté**.

La personne «mise en examen» a 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**.

56 - L'audition d'un patient mineur

Pour aller à l'essentiel...

- Les officiers de police judiciaire (OPJ), 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 OPJ à intervenir. Ils peuvent solliciter l'avis du médecin présent dans le service avant l'audition.

L'administrateur de garde doit être informé de l'audition envisagée par les forces de police. Les OPJ sont tenus d'informer le médecin responsable du service, ou à défaut, les médecins du service concerné d'une telle audition.

- 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 l'imposer**.

Si le mineur est mis en cause, l'officier de police judiciaire décide, avec l'accord du Parquet, d'aviser ou non ses représentants légaux.

Si le mineur est victime, l'enquêteur peut l'entendre sans la présence de ses parents.

Dans les deux cas, ces derniers seront obligatoirement convoqués et entendus au cours de la procédure, à un autre moment, en tant que représentants légaux.

Concernant les différents types de cadres d'enquêtes, les règles expliquées à la fiche 55 sur l'audition des majeurs s'appliquent.

Références

- Articles 458 et 459 du code civil
- Article 103 du règlement intérieur de l'AP-HP

57 - 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. Elle permet de demander des sanctions pénales contre l'auteur (contrairement à la main courante) Pour solliciter réparation des préjudices, la plainte ne suffit pas. IL faut se constituer partie civile.

Un hôpital ne peut se substituer à son agent et déposer plainte en ses 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 été causée intentionnellement
- 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 puni 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,
- **six ans** pour les délits (vol, coups et blessures par exemple),
- **20 ans** pour les crimes (meurtre par exemple).

Ces délais sont augmentés pour certains crimes ou délits commis sur un mineur et ne peuvent courir qu'à compter de la majorité de la victime.

A l'expiration du délai, la victime ne pourra demander réparation que devant les juridictions civiles, dans le délai de 10 ans

PLAINTES ET CONSTITUTION DE PARTIE CIVILE

La plainte

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.

Attention, pour obtenir la condamnation de l'auteur des faits au versement de dommages et intérêts, le dépôt de plainte ne suffit pas, il faut se constituer partie civile (cf.infra)

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.

La constitution de partie civile

Attention, il existe une distinction entre la « constitution de partie civile » et la « plainte avec constitution de partie civile ».

- **Si le Ministère public a déjà mis en mouvement l'action publique c'est-à-dire qu'il a décidé de rechercher l'auteur des faits en diligentant une enquête pénale puis de le poursuivre devant la juridiction compétente.**

La personne se considérant victime de l'infraction peut se constituer partie civile par le biais de la « *constitution de partie civile* » **afin de solliciter des dommages et intérêts en réparation des préjudices subis :**

- Soit au cours de l'enquête par une demande de dommages et intérêts déposée soit directement auprès de l'OPJ ou de l'APJ (article 420 - 1 al 2 CPP) ;
- Soit à tout moment au cours de l'instruction (article 87 CPP) ;
- Soit devant la juridiction de jugement (article 419 CPP), avant l'audience par déclaration au greffe ou par une LRAR ou télécopie parvenue au Tribunal Correctionnel 24h au moins avant la date de l'audience, en joignant à sa demande toutes les pièces justificatives de son préjudice ;
- Soit pendant l'audience jusqu'à la clôture des débats soit par déclaration au greffe, soit par le dépôt de conclusions soit verbalement.

Le Ministère Public devra alors citer la partie civile le jour de l'audience.

Dans ces situations, on dit que la victime se constitue par voie d'intervention (c'est-à-dire qu'elle *intervient* à une procédure déjà ouverte).

- **Si le Ministère Public n'a pas mis en mouvement l'action publique et a pris une décision de classement sans suite :**

La personne se considérant victime peut néanmoins solliciter le jugement des infractions dont elle se dit victime par le biais de la « *citation directe* » devant le tribunal correctionnel ou le tribunal de police, soit solliciter l'ouverture d'une enquête en réalisant une « *plainte avec constitution de partie civile* » devant le juge d'instruction. (soit par lettre écrite, datée et signée par la partie lésée et adressée au juge d'instruction, soit par une déclaration auprès de ce dernier consignée sur un procès-verbal. Dans tous les cas, le juge d'instruction ne peut être saisi que des délits et des crimes)

Dans ces deux hypothèses, la personne se disant victime agit par voie d'action (c'est-à-dire qu'elle est à l'origine de la procédure) en se constituant partie civile.

Qu'elle soit effectuée par voie d'action ou d'intervention, la constitution de partie civile a pour effet d'attribuer à la victime la qualité de **partie** au procès pénal. Si la constitution a été effectuée par voie d'action, elle a en outre pour conséquence d'entraîner la mise en mouvement de l'action publique.

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 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

Les soins sans consentement en psychiatrie

58 – L'admission en soins sans consentement pour troubles mentaux

Pour aller à l'essentiel...

- Un principe : le patient soigné pour ses troubles mentaux conserve a priori les mêmes droits que dans le cadre d'une hospitalisation « somatique ». Il relève de soins « libres ».
- Dans certains cas, il pourra être contraint à se soigner. Plusieurs modalités sont possibles qu'il convient de bien distinguer : l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT, SDTu) et pour péril imminent (SPI), sur décision du directeur ; l'admission sur décision du représentant de l'Etat (SDRE, SDREu), à savoir le préfet, le maire et à Paris le commissaire de police.
- Il est important de se conformer strictement aux procédures, qui sous le contrôle du juge viennent protéger les patients d'hospitalisations abusives.

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 psychiatriques sans consentement, 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 (SPI),
- 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
- L'admission en soins psychiatriques sur décision d'un juge (article 706-135 du Code de procédure pénale)

Depuis la loi du 5 juillet 2011 (modifiée par la loi du 27 septembre 2013), la notion d'hospitalisation sous contrainte 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 sans consentement ne peut être effectuée que dans des établissements spécifiquement habilités par les autorités sanitaires et dont la liste est fixée par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) concernée (article L. 3222-1 CSP).

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)
- « Les Hôpitaux de Saint-Maurice » à Paris
- GPS Perray - Vaucluse à Sainte-Geneviève-des-Bois
- EPS Sainte-Anne à Paris (14ème)
- EPS Maison-Blanche à Paris / Neuilly-sur-Marne
- Hôpital « L'Eau vive » à Soisy-sur-Seine
- Centre hospitalier Théophile-Roussel à Montesson
- EPS de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne
- EPS « René Prévôt » à Moisselles
- Centre hospitalier Simone-Veil à Eaubonne
- Centre hospitalier de Versailles
- Centre hospitalier d'Orsay
- Centre hospitalier Sud Francilien à Corbeil-Essonnes
- Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain
- Clinique MGEN à Rueil-Malmaison

Références

- Articles L. 3211-1 à L. 3223-3 du Code de la santé publique,
- Articles R. 3211-1 à R. 3224-1 du Code de la santé publique
- Arrêté n ° 2013-131 du 9 avril 2013 du directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif aux autorisations dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement,
- « *Soins sans consentement en psychiatrie, comprendre pour bien traiter* », Presses de l'EHESP, AP-HP, 2015

59 – 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.
- Une procédure d'urgence (SDTu) est prévue : à titre exceptionnel, en cas d'urgence et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

LES SOINS A LA DEMANDE D'UN TIERS (= DEUX CERTIFICATS + UNE DEMANDE DE TIERS)

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 peut être 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 par l'ARS à recevoir des patients en soins psychiatriques sans consentement).

Ces certificats doivent attester que les conditions nécessaires à l'admission en « SDT » sont remplies, à savoir :

- des troubles rendant impossible le consentement de la personne
- et un 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 doit constater l'état mental du patient, indiquer 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 « SDT », le directeur de l'hôpital d'accueil (= hôpital habilité par l'ARS à soigner sans consentement) doit :

- vérifier l'identité du patient,
- 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 son curateur, celui-ci doit fournir un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

PROCEDURE D'URGENCE (SDTU = UN TIERS + UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL)

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, l'administrateur de garde de l'établissement psychiatrique :

- 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.

Attention

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 lui, dans la mesure où il remplit les conditions précitées.

Il convient de demeurer vigilant sur l'intérêt à agir d'un tiers ; par ex., une voisine sans lien particulier avec le patient hospitalisé ne peut prétendre à la qualité de tiers (TGI de Versailles, 19 août 2016).

DECISION ADMINISTRATIVE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS

A l'appui des certificats médicaux et de la demande de tiers, le directeur prononce l'admission du patient. Cette décision doit être **écrite et motivée** (à défaut, l'admission sera considérée comme ayant été prononcée sans titre).

Le directeur est par la suite amené à prendre d'autres décisions, telles que le maintien des soins, la modification de la forme de la prise en charge ou encore la levée de la mesure. Ces décisions doivent également être écrites et motivées.

La décision d'admission formalisée doit intervenir dans les meilleurs délais. L'administrateur de garde peut être amené à rédiger de telles admissions. Il doit pour cela être pourvu d'une délégation de signature en bonne et due forme.

DEROULEMENT DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN « SDT »

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*
- un *psychiatre* de l'hôpital d'accueil doit établir un **certificat médical** constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques. Ce psychiatre ne peut être l'auteur d'un des deux certificats médicaux sur le fondement desquels la décision d'admission a été prononcée.

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

La HAS précise le contenu de cet examen somatique :

« l'examen somatique doit être réalisé dès que possible. Celui-ci doit comporter au minimum la mesure des paramètres suivants : vigilance ; pression artérielle ; pouls ; température ; fréquence respiratoire ; glycémie capillaire. En cas d'agitation, la mesure de la SpO2 (oxymétrie de pouls) est recommandée dès que possible. La moindre anomalie significative doit conduire à une exploration plus approfondie en milieu hospitalier ».

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.

Lorsque ces certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un *psychiatre* de l'établissement d'accueil doit proposer, dans le certificat médical réalisé dans les 72 heures suivant l'admission, la forme de la prise en charge et le cas échéant, un *programme de soins*. Ce certificat doit être spécialement motivé au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux.

3. A l'issue de la première période de soins psychiatriques, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'hôpital d'accueil pour des périodes d'un mois.

Dans les trois derniers jours de chacune des périodes d'un mois, 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 médical 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.

Le juge des libertés et de la détention (JLD) exerce un contrôle systématique de l'hospitalisation complète, au plus tard au bout de 12 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 EN « SDT »

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers prennent fin :

- **sur décision du directeur**, dès qu'un *psychiatre* de son établissement certifie que « les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies ». Un certificat médical circonstancié doit être rédigé et mentionner l'évolution positive ou la disparition des troubles ayant justifié les soins. La décision médicale s'impose à la décision administrative : le directeur a ici une « compétence liée » et doit conformer sa décision à l'attestation médicale.

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 Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), ainsi que la personne qui a demandé les soins.

Le directeur peut également prononcer la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsqu'elle est demandée :

- **par la CDSP** : levée formalisée par une décision du directeur de l'hôpital d'accueil ;
- par un des membres de la famille du patient, la personne chargée de sa protection juridique ou toute personne justifiant de relations antérieures avec le malade 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. Le directeur n'est pas tenu de faire droit à cette demande. Deux options sont alors possibles :

- il peut fonder son refus de lever la mesure sur un certificat ou un avis médical rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil et attestant que « l'arrêt des soins entrainerait un péril imminent pour la santé du patient ». Ce certificat ou avis doit dater de moins de 24 heures. Il doit en informer alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours qui lui sont ouvertes.
 - il peut informer le préfet, afin que ce dernier prenne une mesure de « SDRE ». Un certificat ou un avis médical doit alors attester que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Ce *certificat* ou *avis* médical doit être rédigé par un *psychiatre* de l'établissement d'accueil et dater de moins de 24 heures.
- en cas de carence de certificat médical à l'échéance prévue (levée automatique)
 - **sur décision du JLD.** Ce dernier peut ordonner 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. Il peut également ordonner la levée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète dès lors qu'il est saisi.

De même :

- en l'absence de décision du JLD (si le JLD n'a pas statué dans les 12 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), la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise ;
- Si le JLD est saisi mais après l'expiration du délai de 8 jours ou du délai de 15 jours, il constatera sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins que des circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive ne soient justifiées et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

DEVOIR D'INFORMATION DU DIRECTEUR

L'administrateur de garde transmet sans délai au préfet et à la CDSP toute décision d'admission d'une personne en SDT (SDTu et SPI).

Par la suite, il doit informer le tiers de toute décision modifiant la forme de la prise en charge.

Références

- Articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du Code de la santé publique
- Articles R. 3212-1 et R. 3212-2 du Code de la santé publique

Hôpital :

Demande d'admission en soins psychiatriques - Tiers demandeur

Je soussigné(e) (M., Mme) _____ *

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 :

Je 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 :

de Monsieur ou Madame (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 (notamment ni lire, ni écrire en français), la demande est reçue par le Directeur d'établissement ou son représentant (administrateur de garde) et acte lui en ai donné (article R. 3212-1 du Code de la Santé Publique)

Qualité et signature

du directeur prenant acte de la demande ou de son représentant :

NB : Dans cette hypothèse, le directeur de l'établissement d'accueil ou son représentant recopie les mentions suivantes : » *J'ai reçu la demande sous la forme suivante _____ et j'en ai donné acte* ».

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.

Premier certificat médical
Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers
(Art. L3212-1-II-1° du Code de la santé publique)

Leàheure(s).....

Je soussigné(e),
Nom, prénom..... Docteur en médecine,
Fonction / Adresse professionnelle.....

Certifie avoir examiné :

M., Mme.....

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 pris 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 :

Second certificat médical

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers
(Art. L3212-1-II-1° du Code de la santé publique)

Leàheure(s).....

Je soussigné(e),

Nom, prénom..... Docteur en médecine,

Fonction / Adresse professionnelle.....

Certifie avoir examiné :

M., Mme.....

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour (*description.*) :

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

O ses troubles rendent impossible son consentement

O son état impose des soins psychiatriques immédiats assortis :

- o soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète,
- o 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)

Leà heure(s).....

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

Certifie avoir examiné :

M., Mme.....

Né(e) le à

Demeurant

Et présentant les troubles suivants ainsi que l'urgence et le risque d'atteinte à l'intégrité du malade : _____

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 :

DECISION 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.

Né le à

Adresse

Considérant 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., Mme ... 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**) ;

DECIDE

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 – La présente décision a été notifiée au patient (voir pièce jointe).

Article 5 – Les voies de recours sont les suivantes :

Concernant LA REGULARITE ET LE BIEN-FONDE DE LA MESURE : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de *(TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil)*

Fait à, le

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

Pour aller à l'essentiel...

- La loi permet de prononcer une mesure de soins psychiatrique sans consentement **en l'absence de tiers** : tel est l'objet de 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, pour les cas où il est impossible d'obtenir une demande de soins par un tiers dans les conditions ordinaires et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne à la date de l'admission.
- Dans ce dispositif, le directeur, qui prend les décisions, a « compétence liée » à l'égard des certificats et avis médicaux établis pour le patient.

CONDITIONS DE FORME

Ce dispositif s'applique lorsque l'admission s'impose, mais qu'aucun tiers ne prend l'initiative de la demander. Il a été créé afin de pallier les insuffisances du dispositif antérieur, notamment 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 les conditions strictes et cumulatives suivantes :

- 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 doit être accompagnée d'un certificat médical circonstancié datant de moins de 15 jours, attestant que les conditions citées ci-dessus sont réunies. Ce certificat doit constater l'état mental de la personne atteinte de troubles mentaux, indiquer 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.

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.

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.*»

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 dans ce cadre de remplir un « 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 sans consentement

☞ [V. fiche 59 « Soins à la demande d'un tiers »](#)

Références

- Articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique
- Articles R. 3212-1 et R. 3212-2 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)

Leà h.....

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

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant

Et présentant les troubles suivants (caractériser les **troubles** et le **péril imminent** pour la santé de la personne) :

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 psychiatriques en cas de péril imminent du directeur de l'établissement d'accueil ou de son représentant

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 du directeur de l'établissement ou de son représentant (par ex., administrateur de garde ayant une délégation de signature à cet effet) :

61 – 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 (en pratique le préfet de département ou à Paris le préfet de police) :
« (...) *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. Une procédure d'urgence est également prévue : un maire (ou à Paris, du Préfet de police) peut alors prendre des mesures provisoires par arrêté.
- Le plus souvent, l'interlocuteur de l'établissement sera la Délégation territoriale (DT) de l'ARS, agissant au nom du préfet.
- Dans ce dispositif, le préfet n'est pas lié par les certificats et avis médicaux établis pour le patient.

CONDITIONS D'ADMISSION

Un patient peut être pris en charge dans le cadre de cette procédure lorsque :

- ses troubles mentaux nécessitent des soins
- et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

CONDITIONS DE FORME DE LA DEMANDE DE SOINS

La décision d'admettre la personne est prise par **arrêté motivé du Préfet** de police (à Paris) ou du Préfet de département (hors Paris), au vu d'un **certificat médical** circonstancié.

L'arrêté doit être motivé et énoncer précisément les circonstances rendant l'admission nécessaire. Une motivation insuffisante peut entraîner son annulation par le juge administratif.

L'arrêté doit indiquer l'établissement psychiatrique chargé d'accueillir le patient. Cette décision d'admission est donc une décision de police administrative : elle ne relève aucunement du directeur de l'hôpital psychiatrique et s'impose à lui.

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 un *médecin* de l'hôpital d'accueil s'il n'a pas la qualité de psychiatre.

A noter :

En revanche, en cas de demande de modification d'une SDT en SDRE, le certificat doit être établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil (et devra être horodaté).

INFORMATION DELIVREE SUR LA MESURE

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, placée auprès de l'ARS) un 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.

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 de la commune du lieu d'implantation de l'hôpital et celui où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour
- la CDSP
- la famille de la personne qui fait l'objet de soins
- 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 celle d'une-hospitalisation complète.

PROCEDURE D'URGENCE (SDRE-U)

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 (un « avis » médical peut être établi sans que le médecin n'examine directement le patient, contrairement au « certificat » médical).

Si le Préfet ne prend aucune décision, les mesures provisoires deviennent caduques au terme d'une durée de 48 heures. Il peut aussi, sans attendre la fin de la période de 48 heures, annuler la mesure du maire.

La période d'observation et de soins initiale prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires (*cf. fiche 68 « Soins psychiatriques sans consentement et période d'observation et de soins initiale »*).

DEROULEMENT DES SOINS

La loi prévoit une **procédure de surveillance** pendant toute la durée des soins sous contrainte du patient, qui commence par une période d'observation et de soins initiale ne pouvant dépasser 72 heures (cette durée de 72 heures est un maximum), qui prend forcément la forme d'une hospitalisation complète.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin doit réaliser un examen somatique de la personne. Un certificat médical doit par ailleurs 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 le certificat médical « des 72 heures » la forme de la prise en charge (hospitalisation complète ou toute autre forme de soins pouvant comporter des soins ambulatoires. Dans ce second cas, un *programme de soins* est alors rédigé). Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux.

Dans le mois qui suit l'admission en « SDRE » ou résultant d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale, et ensuite au moins tous les mois, le patient doit être examiné 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 proposer une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le *psychiatre* de l'hôpital doit établir 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 CDSP.

Dans les trois derniers jours du **premier mois suivant la décision d'admission en « SDRE »** ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire (en cas de procédure d'urgence), 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 préfet **pour des périodes maximales de six mois renouvelables** selon les mêmes modalités.

Contrôle obligatoire 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 :

- au plus tard dans les 12 jours suivant l'admission
- puis avant chaque échéance de 6 mois si la mesure est maintenue.

FIN DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Dans ce régime de « SDRE », les soins psychiatriques sans consentement 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 (CDSP).

Références

- Articles L. 3213-1 à L. 3213-11 du code de la santé publique
- Articles R. 3213-1 à R. 3213-3 du code de la santé publique
- fiche 68 « La période d'observations et de soins initiale »

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.....

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour (caractériser les troubles et les critères indiqués ci-dessous) :

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

- 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

Avis 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)

Le à.....h.....

Je soussigné(e),

Nom, prénom..... médecin,

Fonction / Adresse professionnelle

Atteste que :

M., Mme

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour (caractériser les troubles et les critères indiqués ci-dessous.) :

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

- 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

62 – L'admission psychiatrique des mineurs

PRINCIPES

La décision d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ne se justifie pas pour un mineur, car, en cas de nécessité, il appartient aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur de demander l'admission du mineur, comme pour toute hospitalisation. La levée de la mesure sera également demandée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales doit statuer.

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) 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, par une ordonnance de placement provisoire (« OPP »). Cette décision de 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

63 - L'admission psychiatrique des détenus

LES SOINS PSYCHIATRIQUES CONSENTIS

La privation de liberté n'a pas pour effet de priver les détenus atteints de troubles mentaux du droit d'être soigné avec leur consentement.

Lorsque ces soins libres requièrent une hospitalisation à temps complet, ils sont réalisés certes dans un établissement de santé habilité aux soins psychiatriques sans consentement, mais au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Dans ce cas, le directeur de l'établissement de santé gestionnaire de l'UHSA prononce l'admission, après avis du médecin de cette unité.

LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

- 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 adaptée (unité pour malades difficiles ou « UMD », par exemple, si l'état du patient le justifie).

- S'agissant des personnes mineures détenues, lorsque leur intérêt le justifie, elles peuvent être hospitalisées dans un établissement habilité, en dehors des UHSA ou en dehors d'une unité adaptée.

- 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 (SDRE).

- 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. Ils doivent être inscrits sur le « registre de la loi » (mentionné à l'article L. 3212-11, CSP).

- La décision préfectorale doit être notifiée au patient et transmise au directeur de l'établissement pénitentiaire concerné.

LE DEROULE DE LA MESURE

Pour admettre le patient par arrêté, le préfet se fonde sur un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil : ce certificat ne peut donc être établi par le psychiatre de l'UCSA (unité de consultation implantée au sein de l'établissement pénitentiaire) ou du SMPR (idem, en matière psychiatrique) dans la mesure où ces unités sont rattachées à l'établissement de santé d'accueil ; il pourra en revanche être rédigé par un médecin d'un service d'urgences.

Une période d'observations et de soins initiale est également prévue, comme pour toute prise en charge en « SDRE » : examen somatique, certificats médicaux des 24 et 72 heures. Ces certificats doivent être rédigés par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ils peuvent l'être par le même psychiatre.

En cas de maintien des soins au-delà de la période d'observations et de soins initiale, les dispositions relatives à ce maintien des soins et aux certificats médicaux produits dans le cadre d'une « SDRE » s'appliquent.

LE CONTROLE DU JLD

Comme pour les autres patients atteints de troubles mentaux et hospitalisés sans leur consentement, un contrôle systématique du JLD est prévu selon les modalités applicables aux « SDRE » (dans les délais de 12 jours et de 6 mois).

La saisine du JLD est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil qui se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Le délai de saisine du JLD court à partir de la date d'admission prononcée par le préfet.

LA FIN DE LA MESURE

La levée de la mesure qui met fin aux soins contraints (et non à la détention) peut :

- être décidée par le préfet, sur proposition médicale ou sur proposition de la CDSP
- ou résulter de la décision d'un JLD.

La levée de la mesure entraîne en principe le retour du patient dans son établissement pénitentiaire, sauf si le patient souhaite être hospitalisé au sein d'une UHSA en consentant à ses soins.

Références

- Articles L. 3214-1 à L. 3214-5 du Code de la santé publique
- Articles R. 3214-1 à R. 3214-23 du Code de la santé publique
- Articles D. 394 et D. 398 du Code de procédure pénale
- Foire aux questions, Ministère de la santé, « Modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 »

64 – Prise en charge des majeurs protégés

Pour aller à l'essentiel...

- Les dispositions légales sur les soins psychiatriques sans consentement s'appliquent sans particularité 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 PROTEGES

Comme pour les autres patients, la législation relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques s'applique aux majeurs protégés.

Ainsi, une personne sous protection juridique peut faire l'objet d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT), en cas de péril imminent (SPI), sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) 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 sans consentement.

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. Il doit en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. La déclaration doit être accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre) ;
- lorsqu'une personne est soignée au sein d'un hôpital, un médecin, s'il constate que cette personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile, est tenu d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Dans ce cas, le préfet de département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

De même, une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement 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 suivants du Code civil : la mesure est ordonnée par le juge de tutelles. Elle est destinée, sauf si elle en dispose autrement, à la protection tant de la personne que de ses intérêts patrimoniaux.

ROLE DU TUTEUR OU DU CURATEUR

Dès lors qu'une personne majeure sous protection juridique est admise en soins psychiatriques sans consentement, son tuteur ou curateur peut :

- exercer à sa demande ses droits et notamment communiquer avec le préfet, le président du TGI, le procureur de la République ou le maire, saisir la CDSP, 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 (CGLPL) 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 (SDT). Mais pour cela, le tuteur ou curateur doit être un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations antérieures à la demande de soins avec le malade 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, sous les mêmes conditions, 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'hôpital habilité (dans le cadre de l'admission en « SDT » ou en cas de péril imminent » SPI »).

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 (SPI) ;
- 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 (SDT) ou en urgence (SDTu) ;
- par le préfet de département, de l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) 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 tuteur ou le 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 JLD 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

☞ Cf. fiche 67 « Les droits des patients admis sans leur consentement »

65 – Soins psychiatriques sans consentement au sein du service des urgences (SAU) d'un établissement non habilité

Pour aller à l'essentiel...

- Lorsqu'une personne est prise en charge au sein d'un service des urgences d'un hôpital non habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sans consentement 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 hôpital 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. Le début de la prise en charge doit être précisément horodaté et noté au dossier médical.

DEBUT DE LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES D'UN ETABLISSEMENT NON HABILITE ET DELAIS A PRENDRE EN COMPTE

Lorsqu'une personne nécessite des soins psychiatriques sans consentement et qu'elle est prise en charge initialement en urgence au sein d'un établissement de santé non habilité à recevoir des patients sans consentement, 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 et l'heure 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, le début de la prise en charge est l'heure de son admission aux urgences,
- 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 : le début de la prise en charge est acté par le 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**.

PROCEDURE A SUIVRE

Dans cette situation, le directeur de l'hôpital « non habilité » doit prendre toutes les mesures nécessaires au transfert du patient vers l'hôpital psychiatrique « habilité ».

En cas de transfert différé au-delà de 24 heures, la privation de liberté du patient est déjà effective (avant même son admission en soins psychiatriques sans consentement).

Dans ce cas :

- Le certificat des 24 heures devra, à titre exceptionnel, être établi par un psychiatre du service des urgences,
- L'hôpital « non habilité » devra, si l'état du patient le permet, lui notifier sa situation et ses droits.

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 le dossier « patient » GILDA/ORBIS (dans le cas où un patient se trouverait par exemple dans un service de réanimation) ou URQUAL (en cas de passage limité au service d'urgences).

Les patients en soins psychiatriques sous contrainte doivent être transportés vers l'établissement d'accueil, par des moyens adaptés à leur état. 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 « SDT », 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 cas de péril imminent (SPI), il ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du certificat médical correspondant à l'entrée dans ce dispositif de soins sous contrainte.

Si l'état de santé somatique du patient empêche son transfert dans le délai de 48 heures dans un établissement psychiatrique habilité, la décision d'admission en soins psychiatriques ne peut être prise. Il convient alors d'attendre que l'état somatique du patient permette de relancer une nouvelle procédure.

Références

- Articles L. 3211-2-3 et L. 3222-1-1 du code de la santé publique
- Circulaire N° DGOS/R4/2011/312 du 29 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.

66 - 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 sans consentement nécessite la réalisation de soins somatiques.

A défaut de dispositions légales sur ce point, on retiendra que lorsque des soins somatiques doivent être effectués au bénéfice d'un patient soigné sous contrainte admis au sein d'un hôpital habilité, il convient d'assurer dans les meilleures conditions médicales pour le patient une continuité dans la prise en charge psychiatrique.

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 JLD, dans le cadre de son contrôle systématique, avant l'expiration d'un délai de 12 jours suivant l'admission en hospitalisation complète ou de 6 mois suivant la décision prise par le JLD, sur la rédaction des certificats médicaux obligatoirement requis par la loi.

L'établissement psychiatrique d'accueil, **et lui seul**, demeure en charge d'établir les documents prévus par la loi pour les soins sans consentement, sans que ne soient modifiés les délais impartis pour y procéder. Le patient n'étant pas physiquement présent au sein de l'hôpital psychiatrique habilité, des « avis » médicaux (ne requérant pas l'examen médical direct du patient) seront rédigés, en lieu et place des « certificats » médicaux dès lors que la loi le permet.

Mais ces dispositions ne s'appliquent pas aux certificats « des 24 heures » et « des 72 heures » : le psychiatre de l'établissement d'accueil habilité devra se déplacer au sein du service où le patient est admis provisoirement pour ses soins somatiques. Il ne peut y avoir en aucun cas de délégation du psychiatre de l'établissement d'accueil à un médecin de l'hôpital général, pour la rédaction de ces certificats ou avis médicaux.

L'admission pour soins somatiques 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.

Les deux structures de soins concernées doivent organiser conjointement les conditions du transport et du séjour du patient, ainsi que les modalités de sa surveillance (des conventions ou des protocoles peuvent être signés entre les structures).

Références

- Lettre ministérielle DH/9B2/VL/n° 82 du 11 février 1986.

67 - 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, l'exercice des libertés individuelles demeure la règle et les restrictions qui y sont apportées le sont par exception.

LES DROITS PROCEDURAUX

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 **dans laquelle est situé l'établissement**
- saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)
- saisir, lorsque le patient est hospitalisé, la commission **des** usagers (CDU)
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence,
- 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 sans consentement ainsi que chacune des décisions qui seront prises au 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.

ACCES AU DOSSIER MEDICAL

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 CDSP de rendre un avis qui s'imposera au détenteur des informations et au demandeur.

Références

- Articles L. 3211-1 à L. 3223-3 du code de la santé publique
- Articles R. 3211-18 à R.3211-23 du code de la santé publique
- cf. flyer AP-HP « vous êtes hospitalisé sans votre consentement à l'hôpital...Vos droits, garanties et voies de recours »

68 – Soins psychiatriques sans consentement et période d'observation et de soins initiale

Pour aller à l'essentiel...

- Toute admission en soins psychiatriques sans consentement débute par une période d'observation et de soins initiale qui constitue l'entrée dans le dispositif des soins sans consentement.
- Cette période correspond à une phase d'évaluation :
 - évaluation clinique, symptomatique, diagnostique, thérapeutique ;
 - évaluation de l'adhésion du patient aux soins ou non.
- Cette période de soins ne peut être organisée que sous la forme d'une hospitalisation complète qui ne peut excéder 72 heures.
- L'évaluation du patient est confiée à des psychiatres : deux certificats médicaux doivent être rédigés en moins de trois jours.
- De cette évaluation dépendra la forme de la prise en charge ultérieure du patient : la période d'observation et de soins initiale débouche sur une décision établissant ou non la nécessité de poursuivre les soins et, si tel est le cas, fixant leur nature (hospitalisation complète ou programme de soins).

L'EXAMEN SOMATIQUE

Un examen somatique doit être réalisé dans les 24 heures suivant l'admission du patient. Cet examen permettra d'identifier le cas échéant une éventuelle pathologie non psychiatrique.

LES CERTIFICATS MEDICAUX

Pendant cette période d'observation, deux certificats médicaux doivent être rédigés :

- le premier, dans les 24 heures suivant l'admission du patient ;
- le second, dans les 72 heures suivant l'admission.

Ils doivent être rédigés par des psychiatres de l'établissement d'accueil, après examen du patient.

Ils doivent constater son état mental et confirmer ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement. Ainsi, la mesure de soins contraints pourra le cas échéant être levée sur la base du certificat médical de 24 heures.

LA FIN DE LA PERIODE

Cette période s'achève au plus tard 72 heures après son enclenchement.

Lorsque le certificat médical des 24 heures et celui des 72 heures concluent à la nécessité de maintenir les soins sans consentement en psychiatrie, le psychiatre propose dans le certificat médical des 72 heures la forme de la prise en charge (hospitalisation complète ou autre forme de soins dans le cadre d'un programme de soins).

L'administrateur de garde doit rédiger une décision de maintien de la mesure, au regard du certificat médical des 72 heures, décision qui sera prise pour une durée d'un mois.

Si le certificat médical des 72 heures ne confirme pas celui des 24 heures et se prononce pour une levée de la mesure des soins sans consentement, deux situations sont possibles :

- dans une procédure de soins à la demande d'un tiers (SDT), l'administrateur de garde a une compétence liée avec son psychiatre et doit prononcer la levée de la mesure (art. L. 3212-4, CSP) ;
- dans le cadre de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)*, l'administrateur de garde doit en référer dans les 24 heures au préfet, qui doit statuer dans un délai de trois jours francs après réception du certificat médical préconisant la levée de la mesure (art. L. 3213-9-1, CSP). Dans l'attente de la décision du préfet, le patient demeure en hospitalisation complète.

Références

Articles L. 3211-2-2, L. 3212-4, L. 3213-9-1 du code de la santé publique

☞ Cf. Fiche 69 « Le programme de soins »

* Le représentant de l'Etat est le préfet. En pratique, les établissements de santé ont pour interlocuteurs les délégations territoriales des ARS.

69 - Programme de soins des patients placés sous un régime de soins psychiatriques sans consentement

Pour aller à l'essentiel...

La prise en charge des patients placés sous un régime de soins psychiatrique sans consentement peut prendre :

- Soit la forme d'une hospitalisation complète
- Soit toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet.

ÉLABORATION ET MODIFICATIONS DU PROGRAMME DE SOINS

A l'issue de la période initiale d'observation et de soins (d'une durée maximale de 72h) il peut être décidé de poursuivre les soins sans consentement.

Dans ce cas, lorsque les soins ne prennent pas la forme d'une hospitalisation complète, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

La modification du programme par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut intervenir à tout moment pour l'adapter à l'état de santé de ce dernier.

L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, afin de lui permettre de faire valoir ses observations. Au cours de cet entretien, le psychiatre lui délivre l'information prévue à l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique (*information de la décision, des raisons qui la motivent, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours ouvertes et des garanties offertes*) et lui indique en particulier que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé : il pourra notamment proposer son hospitalisation complète en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé.

La mention de cet entretien doit être portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.

CONTENU DU PROGRAMME DE SOINS

Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation.

Ce document mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence habituel de ce dernier.

Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités mentionnées au 2° de l'article L. 3211-2-1 (« *soins ambulatoires, des soins à domicile et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet* ») ainsi que l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

Il précise, s'il y a lieu, les modalités du séjour en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

Le programme ne doit pas comporter d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examen complémentaires.

Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne doit mentionner ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

INFORMATION SUR LE PROGRAMME DE SOINS

Le psychiatre transmet au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient.

Lorsque la décision de soins psychiatriques a été prise à la suite d'une décision du préfet, le directeur de l'hôpital (ou l'administrateur de garde) doit transmettre sans délai au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, une copie du programme de soins et du certificat médical requis par la procédure (*troisième alinéa de l'article L.3211-2-2 du CSP*)

Il doit lui transmettre les programmes suivants accompagnant les mêmes certificats médicaux (*article L. 3211-11 et I de l'article L. 3213-3 du CSP*)

Le préfet du département ou à Paris, le préfet de police doit être informé de la modification du programme de soins lorsque celle-ci a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient, afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté. A cet effet, le directeur de l'établissement doit lui adresser le certificat médical proposant la modification substantielle du programme de soins ainsi que l'avis du collège de soignants.

Les décisions des directeurs d'établissement et les arrêtés préfectoraux décidant ou modifiant la forme de la prise en charge, ainsi que les programmes de soins les accompagnant, sont remis au patient par un membre de l'équipe soignante de l'établissement de santé d'accueil ou de la structure assurant la prise en charge du patient.

Références

- Article L. 3211-2-1 et R.3211-1 du code de la santé publique

70 - Les sorties de courte durée des patients admis en soins psychiatriques sans consentement

LES SORTIES DE COURTE DUREE

Les patients peuvent en bénéficier si elles peuvent contribuer à « favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale du malade ou si des démarches extérieures sont nécessaires ».

Ces sorties peuvent prendre deux formes :

- **Les sorties accompagnées n'excédant pas 12 heures** : les patients doivent être accompagnés soit par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, soit par un membre de leur famille ou encore par leur personne de confiance, ceci pendant toute la durée de la sortie.
- Les sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

AUTORISATIONS DE SORTIES DE COURTE DUREE

Le directeur de l'hôpital d'accueil peut prononcer, après avis favorable d'un psychiatre une autorisation de sortie de courte durée.

Dans le cas de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), le directeur de l'hôpital d'accueil doit transmettre au préfet les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée, au plus tard 48 heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite et motivée du préfet, notifiée au plus tard 12 heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le préfet ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

Dans le cas de soins faisant suite à la demande d'un tiers (SDT), le directeur de l'hôpital d'accueil doit informer le tiers, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

Références

- Article L. 3211-11-1 du code de la santé publique

**Autorisation de sortie accompagnée
de courte durée n'excédant pas 12 heures**
(article L. 3211-11-1 1° du Code de la santé publique)

Hôpital :

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
- soins sur décision du représentant de l'Etat

M., Mme,

Né(e) le à

Demeurant

Vu l'avis favorable du psychiatre de l'établissement d'accueil suite à la demande d'autorisation de sortie émanant de

.....en date du.....

[le cas échéant dans le cadre de soins sur décision du représentant de l'Etat] Vu l'absence d'opposition du représentant de l'Etat dans le département dûment avisé, dans les délais légaux,

Le directeur de l'établissement d'accueil accorde l'autorisation de sortie accompagnée pour une durée n'excédant pas

12 heures à ce patient le (horaires à préciser)

Ce patient sera accompagnée 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

Autorisation de sortie non accompagnée d'une durée maximale de 48h (article L. 3211-11-1 2° du Code de la santé publique)

Hôpital :

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
- sur décision du représentant de l'Etat

M., Mme,

Né(e) le à

Demeurant

Vu l'avis favorable du psychiatre de l'établissement d'accueil suite à la demande d'autorisation de sortie émanant de
.....en date du.....

[le cas échéant dans le cadre de soins sur décision du représentant de l'Etat] Vu l'absence d'opposition du représentant de l'Etat dans le département dûment avisé, dans les délais légaux,

Le directeur de l'établissement d'accueil accorde l'autorisation de sortie non accompagnée pour une durée maximale de 48 heures à ce patient le(durée et horaires à préciser)

Signature du directeur ou de son représentant

NB :

- lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

La sécurité à l'hôpital

71 - Les troubles dans l'enceinte de l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

L'administrateur de garde 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 CAUSES PAR UN PATIENT

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° 32 : «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 CAUSES 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'interdiction du visiteur et/ou l'expulsion du visiteur peuvent être décidées par 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'HOPITAL

La règle générale est qu'il appartient 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**, 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 commissariat de police est personnel et appartient à la victime de l'infraction : patient ou son représentant légal, visiteur, agent ou administrateur de garde si l'infraction a été commise au détriment de l'hôpital.

☞ *V. fiche n° 16 : « Les modalités de dépôt des biens des patients » (sur les règles de la responsabilité)*

En cas d'**actes de violence**, 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, 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

72 - 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 « Direction générale »** de suivre la procédure suivante :

- Informer la Direction générale (le Directeur général, le Secrétaire général ou le Directeur de cabinet, ainsi que le Conseiller sécurité et défense) et la Direction des affaires juridiques.
- Prévenir le responsable de la Direction de la communication / Service de presse de l'AP-HP qui assure la garde.
- Saisir le juge d'une demande d'expulsion des occupants sans droit ni titre.

Attention !

Le recours à l'évacuation forcée – sans saisine du juge –, qu'il s'agisse des occupants irréguliers du domaine public ou du domaine privé, n'est licite que dans trois cas :

- l'existence d'une autorisation législative (V. par exemple la procédure d'expulsion d'office des gens du voyage instituée par la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance : ce dispositif permet au préfet, à la demande du maire, du propriétaire ou du titulaire du droit d'usage du terrain, de prononcer une mise en demeure puis, si cette dernière n'est pas suivie d'effets dans le délai imparti – 24 heures minimum –, d'ordonner l'évacuation des résidences mobiles dont le stationnement irrégulier est de nature à porter atteinte à l'ordre public et de demander à cet effet le concours de la force publique),
- l'absence d'autres voies de droit (civiles, pénales ou administratives),
- une situation d'urgence, limitativement admise par la jurisprudence qui exige qu'elle soit motivée par un péril imminent.

L'exécution forcée est donc rarement envisageable d'un point de vue légal, l'administration disposant de la faculté de saisir le juge pour obtenir l'expulsion des occupants de son domaine et l'urgence n'étant que rarement constituée.

Si aucune des conditions permettant le recours à l'exécution forcée n'est réalisée, il s'agit d'une décision illégale, de nature à engager la responsabilité pour faute du gestionnaire public devant la juridiction administrative.

L'expulsion d'office décidée par l'administration peut également constituer une voie de fait administrative si elle a pour effet de porter atteinte à la liberté individuelle ou d'aboutir à l'extinction d'un droit de propriété (par exemple la destruction de biens mobiliers appartenant aux occupants sans titre). Dans ce cas, les juridictions de l'ordre judiciaire ont la compétence pour en ordonner la cessation ou la réparation.

C'est pourquoi il est très souvent nécessaire d'obtenir une décision de justice prescrivant l'expulsion des occupants sans droit ni titre.

EN CAS D'OCCUPATION ILLEGALE DU DOMAINE PRIVE

Exemple : un immeuble appartenant à l'AP-HP, ne répondant plus aux critères de la domanialité publique, a fait l'objet d'une décision de déclassement. Des squatters prennent possession des lieux.

1. Recours à un huissier de justice pour faire constater l'occupation et relever l'identité des occupants sans titre.
2. Assignation délivrée aux occupants et saisine de la juridiction compétente – celle du lieu de l'immeuble – par la Direction des affaires juridiques (tribunal d'instance en cas d'occupation sans droit ni titre d'immeubles bâtis aux fins d'occupation, tribunal de grande instance dès lors qu'aucun immeuble bâti n'est en cause et/ou que l'occupation concernée n'a pas lieu aux fins d'habitation), le cas échéant en se faisant représenter par un avocat (obligatoire devant un tribunal de grande instance, sauf en référé).

→ **En cas d'urgence (condition très factuelle, fréquemment satisfaite en matière d'expulsion), assignation devant le juge des référés ; à défaut d'urgence, saisine de la juridiction au fond.**

3. Signification de la décision du juge des référés ou du tribunal aux occupants sans titre.
4. Délivrance par l'huissier d'un commandement de quitter les lieux aux personnes concernées.
5. Si ces dernières ne s'exécutent pas, le concours de la force publique pourra être accordé par le préfet.

EN CAS D'OCCUPATION ILLEGALE DU DOMAINE PUBLIC

Exemple: des personnes s'introduisent sur un terrain appartenant au domaine public d'un hôpital et entreprennent la construction d'un campement de fortune à proximité d'une voie ferrée. Des déchets s'amoncellent rapidement sur les lieux.

1. Recours à un huissier de justice pour faire constater l'occupation et relever l'identité des occupants sans titre.
2. Saisine du juge administratif, par la Direction des affaires juridiques, d'un référé « mesures utiles » (si urgence, caractérisée notamment par des nécessités d'ordre public : salubrité, risques pour la sécurité, etc.) ou d'un recours au fond aux fins d'expulsion des occupants sans droit ni titre du domaine public.

→ *Demander au juge des référés d'ordonner l'expulsion et d'autoriser le concours de la force publique en cas d'inexécution spontanée.*

73 - L'alerte à la bombe

Pour aller à l'essentiel...

L'alerte à la bombe peut être définie comme un message téléphonique ou message formulé d'une autre manière, anonyme, annonçant clairement une intention de nuire, par l'effet d'une substance explosive et/ou incendiaire. Le message peut contenir ou non certains renseignements et exiger certaines conditions.

PLUSIEURS HYPOTHESES

Information transmise au standard téléphonique

Principe : L'informateur anonyme appelle le standard téléphonique général de l'établissement et, dès le décroché, délivre au standardiste son message.

1 Information transmise à un autre poste téléphonique que le standard téléphonique

Principe : L'informateur anonyme appelle un poste téléphonique, directement accessible depuis une ligne non prise en charge par le standard (ligne directe), et dès le décroché, délivre son message.

2 Autre moyen d'information.

Principe : De façon beaucoup plus exceptionnelle, voire marginale, le message peut être délivré par d'autres voies que les lignes téléphoniques usuelles : courriel, courrier postal, télégramme.

PERSONNEL D'UN SERVICE RECEVANT L'INFORMATION

Le personnel soignant, administratif ou technique, qui reçoit ce genre d'appel téléphonique, doit essayer de le renvoyer, là aussi sans délais, vers le standard téléphonique de l'établissement.

Avant de renvoyer la ligne, il mémorise et note si possible l'heure de réception de l'appel, les renseignements qu'il a pu relever, notamment le numéro d'appel s'il s'affiche sur son poste téléphonique.

A défaut, il fait prévenir le responsable du service de sécurité générale et un cadre de son service qui relaieront l'information.

Il note autant que possible, tous les renseignements qui lui sont fournis et les détails qu'il perçoit : intonation, accent, etc.

LE ROLE DE L'ADMINISTRATEUR DE GARDE AVEC LE RESPONSABLE DU SERVICE DE SECURITE GENERALE

L'administrateur de garde réalise, dans les meilleurs délais, les actions suivantes :

- Il prévient ou fait prévenir les forces de l'ordre, en utilisant exclusivement le numéro d'appel « 17 », à l'exclusion de tout autre. Ce procédé permet le déclenchement immédiat des moyens nécessaires.
- Il prévient ou fait prévenir le commissariat de police ou la brigade de gendarmerie de rattachement, par les moyens habituels de contact usités entre eux : numéro de téléphone raccourci sur tous les postes d'appel, numéro de téléphone de référence « hôpital », par exemple.
- Il procède à l'accueil des forces de police et les oriente vers la cellule de crise et, en tant que de besoin, dans une salle complémentaire, locaux exclusivement dédiés à la gestion de la crise,
- Il se fait assister par un ou plusieurs personnel(s) de sécurité du groupe hospitalier, en priorité les chargés de sécurité des autres sites ou leur adjoints, sans cependant dégarnir totalement ces sites,
- Il renforce, sans délais et par tout moyen à sa disposition, les personnels du service de sécurité générale de l'établissement et demande, le cas échéant, le renforcement de ces personnels dans les délais contractuellement prévus dans le marché de sécurité et de surveillance.
- Il informe ou fait informer sans délais et par tout moyen à sa disposition, le responsable du service de sécurité incendie de l'établissement et lui demande de rassembler ses personnels et de se tenir en alerte.

Le personnel du service de sécurité générale :

- rejoint le poste de sécurité, en attente de directives complémentaires,
- prend connaissance, dans le classeur des consignes permanentes de sécurité, des actions à entreprendre dans le cadre de la procédure déclenchée,
- revêt sans délais les équipements et moyens de sécurité prévus à cet effet et qui le rendent immédiatement identifiable : chasuble jaune de sécurité, brassard de bras, etc.
- exécute les directives reçues du responsable du service de sécurité générale ou d'un membre de la cellule de crise, en particulier en cas de confinement de l'établissement ou d'évacuation totale ou partielle des patients, visiteurs, accompagnants, personnels de l'établissement hospitalier.

CADRE JURIDIQUE : LE DEPOT DE PLAINTE.

Toute alerte à la bombe survenue dans un établissement hospitalier doit faire l'objet d'une enquête judiciaire et d'un dépôt de plainte (V. [fiche 57 : le dépôt de plainte](#)).

La direction des affaires juridiques (DAJ) et le conseiller pour la sécurité générale conseillent utilement les directeurs référents sécurité

Le motif suivant, sans qu'il soit exhaustif ni universel, pourrait être le plus adapté pour un dépôt de plainte :

« *Communication ou divulgation d'une fausse information dans le but de faire croire qu'une destruction, dégradation ou une détérioration dangereuse pour les personnes va être commise, faits commis à (adresse exacte et commune), au préjudice de l'établissement hospitalier (le préciser clairement), faisant partie de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), le (préciser la date et l'heure des faits)* ».

LES MODALITES DU DEPOT DE PLAINTE.

La plainte peut être déposée contre X... (personne physique, non dénommée) ou, si l'auteur est rapidement connu et formellement identifié, contre personne dénommée.

La plainte est déposée dans les meilleurs délais, par toute personne détenant un pouvoir de police du directeur d'établissement. Copie de ce pouvoir est obligatoirement jointe à la plainte. Si les enquêteurs l'estiment utile à la manifestation de la vérité, le personnel du standard ou de l'établissement, ayant reçu l'appel et dialogué avec l'interlocuteur anonymes, peut être entendu.

Idéalement le chargé de sécurité se charge de cette démarche, en liaison avec les services de police, territorialement compétents. En son absence, ce rôle échoit à l'un de ses adjoints ou, à défaut, à l'un des administrateurs de garde désigné.

LA CONSTITUTION DE PARTIE CIVILE.

La plainte, pour les faits dénoncés, peut être déposée avec ou sans constitution de partie civile, même si ce dernier procédé est très vivement recommandé.

La constitution de partie civile, dans le cadre d'une procédure judiciaire, vise essentiellement au dédommagement du préjudice subi par l'établissement et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), lors de la commission des faits. Ce préjudice devra être évalué avec précision.

- **La constitution de partie civile lors du dépôt de plainte.**

Elle est recueillie lors de l'audition du plaignant par un enquêteur, sous forme d'une simple phrase explicite qui peut être formulée ainsi : « L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) se constitue partie civile dans le cadre de la présente procédure ».

- **Constitution de partie civile ultérieurement auprès du procureur de la République.**

Si elle n'est pas constituée immédiatement, lors de l'audition, elle peut encore l'être ultérieurement, y compris par courrier auprès du procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de rattachement.

- **Constitution de partie civile à la barre lors de l'audience.**

Une autre possibilité est offerte au plaignant souhaitant se constituer partie civile. Il lui appartient de le faire à la barre au moment de l'audience par remise d'un acte écrit circonstancié et remis par la personne citée, lors de l'appel de l'affaire à la barre.

A l'issue, il n'y a plus possibilité de constitution de partie civile.

L'ÉVALUATION DU PRÉJUDICE

Il est toujours délicat, fastidieux et compliqué d'évaluer le préjudice global subi par l'établissement hospitalier ou le site concerné lors d'une telle affaire judiciaire. Les postes budgétaires essentiels à prendre en compte, sans que la liste ci-dessous ne soit considérée comme exhaustive, les diverses sommes à prendre en compte sont les suivantes :

- renforts des personnels de sécurité générale, qu'ils aient été affectés à l'enquête sur l'alerte à la bombe précisément ou pallier l'absence d'un autre personnel empêché de ce fait,
- coûts salariaux supplémentaires induits par l'alerte à la bombe, prenant en compte tous les personnels réquisitionnés, les rappelés, les personnels restés plus longtemps sur leurs postes de travail, de jour, de nuit, les dimanches et jours fériés, etc.
- coût du bionettoyage nécessité par une remise en état et en service des locaux, qu'ils aient été fouillés, évacués, salis, traversés, toujours dans le cadre de cette enquête,
- coûts induits par le déplacement et ou l'évacuation des patients, d'un service, d'un étage, d'un bâtiment, d'une unité, chiffré en temps/personnel et en moyens alloués (véhicules, etc.).
- coûts des matériels et des consommables utilisés, qu'ils soient administratifs (téléphones fixes et portables), techniques (dégradations inhérentes à la fouille ou à la panique passagère de certaines personnes) ou logistiques (perte de repas/patients) ou médicaux (effets à usage unique ou à usage médical à stériliser à nouveau par exemple).
- Coût du manque à gagner professionnel induit par cette situation (annulation de rendez-vous, report d'actes médicaux, report d'hospitalisation, etc.).

Cependant, l'évaluation précise et détaillée du préjudice réel supporté permettra au juge de statuer très précisément et d'accorder ainsi des dommages et intérêt proportionnels, représentant le coût réel de la charge ainsi portée par l'établissement.

LE RÔLE DE LA DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES (DAJ) ET DU CONSEILLER POUR LA SÉCURITÉ GÉNÉRALE

• Rôle de la Direction des affaires juridiques.

La direction des affaires juridiques de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) peut intervenir pendant le déroulement des faits ou à posteriori pour cadrer la plainte à déposer. Elle est saisie soit par le directeur général ou son représentant soit par le directeur du groupe hospitalier ou son représentant.

Intervention pendant le déroulement des faits.

Dans ce cadre-là, la direction des affaires juridiques fait le lien, en direct avec le Parquet territorialement compétent, en fonction du lieu d'implantation de l'établissement hospitalier concerné. Ce lien permet notamment d'informer, en temps réel, le magistrat du parquet saisi, et de lui donner tous les éléments utiles à sa réflexion.

Le personnel de la direction des affaires juridiques désigné pour suivre cette affaire rejoint sans délais la salle de crise du siège.

Intervention à posteriori de la direction des affaires juridiques.

Dans ce cadre-là, la direction des affaires juridiques, en lien avec le conseiller pour la sécurité générale, conseille et renseigne la direction de l'établissement notamment sur la conduite à tenir pour le dépôt de plainte, l'évaluation du préjudice et la constitution de partie civile.

• Rôle du Conseiller pour la sécurité générale.

Dès qu'il est avisé des faits, le conseiller pour la sécurité générale rejoint la salle de crise du siège de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Sans abuser des prérogatives du conseiller sécurité du directeur du groupe hospitalier (chargé de sécurité), il est l'interlocuteur des autorités de police, notamment pour l'évaluation des moyens, leur accompagnement par des personnels du site et leur engagement.

Exceptionnellement, il peut rejoindre l'établissement hospitalier ou le site concerné si sa présence est jugée utile et nécessaire sur place, notamment en cellule de crise.

Rôle de la cellule de crise. Méthodologie.

Dès que les premiers éléments sont recueillis sur le site hospitalier et que la cellule de crise y est réunie, il y a lieu d'arrêter, aussi rapidement que possible et en concertation avec les forces de police, la méthodologie à utiliser pour faire fouiller l'établissement, l'évacuer ou le confiner, en tout ou en partie pour chacune des trois décisions arrêtées.

Chacune de ces trois actions s'inscrit, de façon différente, dans le temps et dans l'espace. Elles doivent être suivies et contrôlées tout au long de leur déroulement, jusqu'au retour à une situation normale de reprise possible d'activité sur le site.

LA FOUILLE

Lorsque la décision de fouille, complète ou partielle, de l'établissement hospitalier ou du site est prise et validée par la direction de l'établissement, il y a lieu de constituer des groupes de recherches, composés de deux ou trois personnes, dotés des plans de la zone qui leur est confiée et d'un moyen de communication avec la cellule de crise (téléphone ou moyen radio).

La mise à disposition aux membres de la cellule de crise ainsi qu'aux représentants des forces de police intervenants sur le site des plans détaillés de l'établissement et des bâtiments constitue une aide très précieuse et indispensable, qu'ils soient en version papier ou dématérialisés projetés sur grand écran. La possession des deux outils est un gage d'efficacité lors de ces opérations de fouille.

La fouille minutieuse de l'établissement peut être effectuée avec des chiens spécialisés des forces de police. Leur efficacité reconnue est cependant limitée par la durée de leur engagement qui ne peut dépasser 45 minutes en continu suivi d'une période de récupération. Ces délais doivent être pris en compte pour estimer toute heure de réintégration éventuelle des patients et des personnels.

Toute fouille minutieuse d'un établissement doit être suivie à la fin des opérations d'un bio-nettoyage complet de lieux, avant réintégration des locaux et reprise de l'activité hospitalière. La durée de ces opérations de bio-nettoyage est également à prendre en compte avant toute décision de réouverture de l'établissement et de reprise d'activité hospitalière.

La fouille de l'établissement, si elle est décidée, nécessite l'arrêt du programme médical (programme de consultations, programme opératoire, réunions médicales, tenue de staff, etc.) en liaison étroite avec les responsables de la communauté médicale.

CONFINEMENT

Lorsque la décision de confinement, totale ou partielle, de l'établissement hospitalier ou du site est prise et validée par la direction de l'établissement, il y a lieu de mettre très rapidement sur pied le confinement des personnels et des patients dans les zones arrêtées : soit par bâtiment, soit par étage soit sur la totalité du site hospitalier.

Lorsqu'il existe un système de sonorisation au sein de l'établissement, il doit être utilisé pour diffuser le message d'alerte spécifique à cette situation, donnant la conduite à tenir et autres renseignements si besoin.

Si le confinement est arrêté comme mesure de protection, il doit être effectué selon les mêmes modalités que la réception d'une « alerte attentat ». La prise en compte des patients par les personnels soignants est particulièrement importante. Si le confinement est appelé à durer, une information complémentaire doit être délivrée aux personnels, patients, visiteurs présents et « retenus » sur le site. Des modalités propres à l'hygiène, la restauration, l'approvisionnement sont également à prendre en compte ou à anticiper en tant que de besoin.

Il en est de même du transport interne des patients qui, s'il n'a pas été totalement arrêté, doit être opéré selon un mode dégradé ou partiel.

EVALUATION

Lorsque la décision d'évacuation, totale ou partielle, de l'établissement hospitalier ou du site est prise et validée par la direction de l'établissement, il y a lieu de constituer des groupes de deux ou trois personnes chargés d'organiser et de suivre l'évacuation totale ou partielle des patients, usagers, visiteurs, prestataires et personnels de l'établissement.

L'évacuation doit se faire, sans panique, et permettre aux personnels, patients, visiteurs, prestataire, de quitter rapidement et en ordre le bâtiment ou le site hospitalier, sans créer, à proximité d'autres zones, potentiellement vulnérables, de regroupement de personnes.

Toute évacuation d'un établissement doit être suivie à la fin des opérations d'un bionettoyage complet de lieux, avant réintégration des locaux et reprise de l'activité. La durée de ces opérations de bionettoyage est à prendre en compte avant toute décision de réappropriation du ou des bâtiments, de réouverture de l'établissement hospitalier et de reprise d'activité.

La prise en compte des patients et leur conditionnement par les personnels soignants est particulièrement importante.

Le retour des patients doit s'effectuer selon une procédure établie à l'avance, afin de s'assurer que tous les patients des services aient bien pu réintégrer leurs services respectifs, aient été revus médicalement et réintègrent effectivement leurs locaux et chambres.

ROLE DE L'HOPITAL

Dès qu'il est informé des premiers éléments, le directeur d'établissement ou en son absence, le directeur de garde prend immédiatement les mesures qu'il estime nécessaires et notamment :

- décision de réunir dans les meilleurs délais la cellule de crise, dans les locaux prévus à cet effet, avec les documents nécessaires à la gestion de la crise,
- information complète du chargé de sécurité du groupe hospitalier et de l'établissement ou, en son absence, de son adjoint,
- information, dans les meilleurs délais, du président de la commission médicale d'établissement locale (CMEL),
- information, dans les meilleurs délais, du président du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de l'établissement,
- préparation ou mise en œuvre, si elle est déjà prête, d'une information partielle à délivrer au personnel et aux patients, usagers, visiteurs, prestataires de l'établissement, sous forme de message tout prêt diffusé par informatique et verbalement par le biais de cadres et de personnels relais.

GESTION DE LA FIN DE LA CRISE « ALERTE A LA BOMBE »

Retour progressif à une situation normale.

Lorsque toutes les décisions et dispositions prises citées ci-dessus a été appliquées, un retour à la normale avec une reprise partielle ou totale de l'activité de l'établissement hospitalier est à envisager, par le directeur d'établissement en concertation avec les membres de la cellule de crise :

- décision commune prise avec le représentant des forces de police, présent sur place, après un premier retour d'expérience et une vérification minutieuse des actions entreprises,
- décision de réouverture totale ou partielle prise après que les lieux aient été nettoyés (phase de bio nettoyage) et rendus à nouveau disponibles, en concertation étroite avec les représentants de la communauté médicale,
- décision de communiquer vis-à-vis des personnels, des patients, des usagers, des prestataires, sur la reprise de l'activité normale au sein de l'établissement.

Actions à mener et à prévoir « à postériori ».

Un certain nombre d'actes administratifs, judiciaires et techniques n'ayant, pour des raisons d'évidence, pu être effectués immédiatement, doivent l'être à l'issue. Il s'agit notamment :

- d'un complément de plainte avec détermination la plus précise du préjudice subi par l'établissement, prenant en compte tous les coûts, directs et indirects, impactés par la crise,

- de l'organisation d'une réunion de retour d'expérience impliquant tous les acteurs ayant concouru à la gestion de la crise,
- d'une évaluation précise de la crise et de sa gestion, avec la mesure de l'impact qu'elle a eu sur les personnels, les patients, les visiteurs et usagers.

Références

- Règlement Intérieur, articles 6, 7, 32 à 34, 36 à 39, 41 et 43 du Règlement intérieur
- Articles 322-14 et 322-15 du Code pénal
- Plan de sécurité de l'établissement (PSE) et/ou plan particulier de protection (PPP).

74 - 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, 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'HOPITAL

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).

AUTORITES COMPETENTES

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'EXECUTION FORCEES

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)».

La sécurité technique et sanitaire

75- 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 matériovigilance, 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 (ou aux agences sanitaires concernées).

LES MALADIES A DECLARATION 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,
- toxo-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
- «incident» : l'incident lié aux activités mentionnées au 1° de l'article R. 1211-30 du code de la santé publique (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'HEMOVIGILANCE

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 :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- incident grave : l'incident susceptible d'entraîner des effets indésirables graves.

- **Les destinataires, 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 MATERIOVIGILANCE

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 REACTOVIGILANCE

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.

76 - 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, l'administrateur de garde 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.

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 HOPITAUX

- **Généralités**

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 demi.

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.

Dispositif «PLAN BLANC» de l'hôpital :

Coordonnées

77 - La sécurité incendie

Insérer ici les consignes locales

78- Le plan national «canicule»

Se reporter à la 1ere partie du memento

79- Les inondations

Insérer ici les consignes locales obligatoires de l'hôpital:

80- 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 :

81 -Danger grave et imminent et droit de retrait

Pour aller à l'essentiel...

- La procédure et le droit d'alerte pour « DGI » permet aux représentants au CHSCT de signaler à l'employeur une situation de danger qu'ils ont pu constater dans le cadre de leur mandat ou qui leur a été signalé par un salarié.
- La déclaration de signalement du DGI par les représentants du CHSCT s'effectue sur un registre spécial. En cas de désaccord avec l'employeur, un CHSCT exceptionnel doit être réuni dans les 24 heures qui suivent la déclaration de signalement sur le registre spécial des DGI.
- Certains CHSCT locaux inscrivent 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 avec un membre du CHSCT, 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° Le droit de retrait permet aux salariés d'alerter l'employeur et de se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

L'employeur ne peut demander aux salariés qui ont fait usage du droit de retrait de reprendre leur activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une défectuosité du système de protection.

Le salarié doit avoir un motif raisonnable de penser que sa vie ou sa santé est en danger et justifier son retrait. Même si ce danger se révèle a posteriori inexistant ou minime, il suffit que le salarié ait pu raisonnablement craindre son existence ou sa gravité pour ce droit lui soit reconnu.

3° 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.

4° 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 lorsque 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.

5° 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, le cas échéant, au cours de la réunion du CHSCT local, la réalité de ce danger.

Références

- articles L.4132-2 et suivants du Code du travail
- article L.4742-1 du Code du travail

82 - 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 MATERIELS CAUSES 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.

DOMMAGES SUBIS DANS L'ENCEINTE DE L'HOPITAL 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)».

83 - 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.

GREVE 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 GREVE

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 «*praticien chef 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 hospitalières aux hospitalisés et la conservation des installations et du matériel, 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.

ASSIGNATION

En cas de grève du personnel, l'administrateur de garde dispose seul du pouvoir pour assigner les personnels grévistes.

Définition : L'assignation (parfois appelée 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 personnels 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 REQUISITION

Définition : La réquisition est l'acte pris par le Préfet 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, Madame 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 **demandeur 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 DERNIERE MINUTE – ABSENCES INJUSTIFIEES

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 les 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 DEPLACER POUR UNE GARDE

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

84 - La protection des agents victimes de violences à l'hôpital

Pour aller à l'essentiel...

- La collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée.
- La protection peut également être accordée au conjoint, au concubin, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité au fonctionnaire, à ses enfants et à ses ascendants directs pour les instances civiles ou pénales qu'ils engagent contre les auteurs d'atteintes volontaires à l'intégrité de la personne dont ils sont eux-mêmes victimes du fait des fonctions exercées par le fonctionnaire (article 11 de la loi du 13 juillet 1983, statut général des fonctionnaires).

PRINCIPE ET PROCEDURE

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 devra lors de son dépôt de plainte, **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° 57 « Le dépôt de plainte »*).

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 dans la mesure du possible et si les délais le permettent 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.

En cas d'urgence, il est possible de saisir directement la DAJ par téléphone et sans attendre d'avoir réuni toutes les pièces listées ci-dessus.

Dans l'hypothèse où le procureur déciderait de donner suite à la plainte, il fixera une date d'audience et la notifiera sous forme d'un « avis à victime » à l'adresse donnée par l'agent victime au moment du dépôt de la plainte. Il arrive également en cas d'urgence que la notification de la date d'audience soit faite par téléphone. 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 et que l'attaque dont il a été victime soit effectivement en lien avec l'exercice de ses fonctions.

Dès réception des éléments constitutifs du dossier, la DAJ proposera à l'agent un avocat chargé de la défense de ses intérêts et le cas échéant des intérêts 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 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

85 - La suspension d'un agent

Pour aller à l'essentiel...

- Dans certaines circonstances, a priori exceptionnelles, l'administrateur de garde peut être amené à suspendre un agent, compte tenu notamment d'une situation qui porte atteinte au bon fonctionnement du service. Il prend cette décision au nom du directeur sur le fondement d'une délégation de signature comprenant ce type de décisions.
- La suspension constitue un acte grave, qui ne constitue pas en elle-même une décision disciplinaire. Elle constitue une mesure conservatoire. Elle peut avoir effet immédiat.

LES CONDITIONS DE SUSPENSION D'UN FONCTIONNAIRE OU D'UN MEDECIN HOSPITALIER SONT DISTINCTES

- **Suspension d'un fonctionnaire** (article 30 de la loi du 13 juillet 1983) :

Elle s'appliquera au fonctionnaire auteur d'une faute grave, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit commun.

Elle est prononcée par le directeur pour l'ensemble des agents : sur ceux sur lesquels il dispose d'un pouvoir disciplinaire (l'ensemble des personnels non médicaux à l'exception des personnels de direction et des directeurs des soins) comme pour ceux qui sont nommés par le directeur général du CNG. Elle peut l'être également à l'égard de personnels stagiaires ou contractuels.

La suspension aura pour effet que l'agent ne pourra pendant le temps de la suspension exercer ses fonctions au sein de l'établissement.

Elle induit la mise en œuvre d'une procédure disciplinaire, prenant la forme le cas échéant d'une saisine du Conseil de discipline ou la saisine du CNG.

La situation du fonctionnaire suspendu devra être réglée définitivement dans un délai de quatre mois, au terme duquel il sera rétabli dans ses fonctions si aucune décision n'a été prise par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire et si le fonctionnaire ne fait pas l'objet de poursuites pénales. Il est à noter que les faits à l'origine des poursuites pénales peuvent justifier une suspension sans être liés au service.

Enfin, l'autorité investie du pouvoir de nomination (directeur ou CNG) a l'obligation d'informer certaines autorités des mesures prises à l'égard du fonctionnaire : la commission administrative paritaire du corps ou cadre d'emplois d'origine du fonctionnaire, ainsi que le magistrat ayant ordonné le contrôle judiciaire et le procureur de la République.

- **La suspension des personnels médicaux**

Des praticiens hospitaliers peuvent être suspendus en vertu du « pouvoir de police » du directeur d'établissement (art. L. 6143-7, CSP)

Au titre de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur d'un établissement public de santé, sur le fondement de ses attributions de conduite générale de l'établissement et de son autorité sur l'ensemble du personnel, peut être fondé à suspendre en urgence un praticien.

La prise d'une telle décision est conditionnée à deux critères : l'urgence de la situation et un comportement nuisant gravement au fonctionnement du service en mettant en cause la sécurité des patients.

La suspension aura pour effet que le praticien ne pourra pendant le temps de la suspension exercer ses fonctions au sein de l'établissement.

Lorsqu'il décide de suspendre un praticien, le directeur doit en informer immédiatement, par courrier, les autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné (CNG pour les PU-PH – qui en informera le Ministre chargé des Universités) et les PH à temps et à temps partiel).

- **Formes de la suspension**

La suspension fondée sur le « pouvoir de police » du directeur est donc une mesure conservatoire et ne constitue donc pas une sanction disciplinaire. Il convient cependant de veiller à sa motivation en fait et en droit.

Elle devra donner lieu à un arrêté de suspension, être datée et signée par le directeur ou l'administrateur de garde, préciser sa date d'effet et sa durée (le cas échéant indéterminée).

Cet arrêté doit être porté à la connaissance de l'intéressé par tout moyen et la preuve de cette notification doit être formalisée par tout (notamment : courrier RAR, contresignature de l'arrêté par l'intéressé et conservation d'une copie)

La suspension étant une mesure d'urgence, elle n'a pas lieu être précédée de la communication de son dossier au praticien, pas plus qu'elle ne doit être précédée d'une procédure contradictoire.

Par ailleurs, la suspension fondée sur l'article L. 6143-7 du code de la santé publique n'est pas limitée dans le temps mais il est important de préciser qu'en cas de contentieux, le juge serait amené à contrôler la régularité de la durée de la suspension, qui devra avoir proportionnée aux circonstances.

86 – Les situations de maltraitance et leur signalement aux autorités compétentes

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.
- L'article 226-14 du code pénal délie le professionnel de santé du secret professionnel dans certaines conditions et l'autorise à alerter des autorités compétentes

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.

L'IDENTIFICATION D'UNE SITUATION JUSTIFIANT UN SIGNALEMENT ET LES MODALITES DE SIGNALEMENT

L'identification d'une situation justifiant un signalement n'est pas toujours aisée. (A cet égard, il peut être intéressant de consulter les documents élaborés par la HAS sur ce sujet)

Deux situations doivent être distinguées :

- En cas de fortes suspicions et de risque imminent de réitération, l'urgence justifie un signalement rapide afin que des mesures de protection soient prises et que les preuves soient préservées. Le signalement est alors effectué auprès du procureur de la République. Si les faits viennent de se passer, il peut parfois être utile de solliciter directement la police en appelant le 17.
- **Dans les autres situations, une évaluation attentive de la situation** est un préalable. Il faut toutefois faire attention à ne pas compromettre les éventuelles chances de succès d'une enquête pénale si une telle suite est envisagée en raison de la gravité des faits (il faut éviter le dépérissement des preuves et les transmissions d'information aux personnes mises en cause qui pourraient être amenées à organiser leur défense etc.)

Cette évaluation 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 présumée.

En principe, le signalement s'effectue **par écrit** et est, dans la mesure du possible, accompagné d'un certificat médical des constatations.

Le personnel médical rapporte uniquement les faits ou déclarations dont il est témoin direct.

Attention :

Dans le signalement écrit, le médecin doit décrire uniquement ce qu'il constate et doit transcrire les propos recueillis par la victime présumée sans porter une quelconque appréciation sur les dires. Le style direct (entre guillemet) doit être privilégié.

Dans la pratique, ce signalement peut être réalisé **par tout moyen**, y compris par appel téléphonique en cas d'urgence. Dans ce cas, il doit être conservé trace de l'auteur du signalement et la date de l'appel.

Le signalement se fait toujours sur le fondement de l'article 40 du code de procédure pénale.

LES CONDITIONS DE LEVEE DU SECRET PROFESSIONNEL

De façon générale, le professionnel de santé doit informer l'autorité judiciaire (ou la cellule de recueil des informations préoccupantes s'agissant des mineurs (CRIP)) de toute suspicion de maltraitance sur un mineur ou une personne vulnérable et ce, même sans l'accord de ce dernier. Dans les autres hypothèses, l'accord de la victime présumée est nécessaire.

L'article 44 du code de déontologie incite le médecin à agir avec prudence et circonspection mais autorise le signalement aux autorités administratives et judiciaires en fonction du risque pour protéger au mieux la personne en fonction de plusieurs facteurs.

Attention !

En cas de danger grave et imminent pour la victime, l'abstention de signalement pourra être par la suite reprochée au professionnel (infraction de non-assistance à personne en danger).

L'article 226-14 du code pénal délie les professionnels de santé de leur secret professionnel dans des conditions définies par la loi. Sauf s'il agit de mauvaise foi (faux signalement intentionnel) il ne pourra lui être reproché aucune violation du secret professionnel tant sur le terrain pénal que disciplinaire.

LA MALTRAITANCE SUR LES MINEURS

L'article 226-14 du code pénal prévoit que le professionnel de santé ayant connaissance de privations, sévices, mauvais traitements ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ne peut être poursuivi à aucun titre pour avoir signalé ces faits à la cellule de recueil des informations préoccupantes ou à l'autorité judiciaire. Il est, dans ce cas-là, autorisé à violer le secret professionnel et n'est pas tenu de recueillir l'accord de la victime pour réaliser ce signalement.

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.

L'information de la famille devra s'apprécier au cas par cas. Elle n'est pas obligatoire mais est recommandée dans la mesure du possible (compatibilité avec la protection du mineur etc.).

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 sur majeurs vulnérables et les personnes qui ne sont pas en état de se protéger en raison de leur âge ou de leurs incapacités physiques ou psychiques.

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».

L'article 226-14 du code pénal prévoit que le personnel médical ayant connaissance de privations, sévices, mauvais traitements ou atteintes sexuelles infligés à une personne qui 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 ne peut être poursuivi

à aucun titre pour avoir signalé ces faits à l'autorité judiciaire. Il est, dans ce cas-là, autorisé à violer le secret professionnel et n'est pas tenu de recueillir l'accord de la victime pour réaliser ce signalement.

Lorsqu'un patient dénonce lui-même des faits de maltraitance constatés médicalement par le service hospitalier, l'hôpital appelle soit le commissariat local (pour des faits anciens), soit le 17-police-secours (faits qui viennent de se commettre) et fournit toutes indications utiles aux services de police sur l'état de la victime et sa capacité à être entendue.

Pour ce qui concerne les patients hospitalisés, majeurs vulnérables (notamment ceux qui font l'objet d'une protection juridique), l'hôpital peut signaler des faits de maltraitance au titre de l'article 40 du code de procédure pénale, et veille à ce que, le cas échéant, les mandataires judiciaires (tuteur, curateur) soient avisés.

LA MALTRAITANCE SUR LES PERSONNES ADULTES CONSIDEREES COMME NON VULNERABLE

Dans cette hypothèse, l'autorisation de la victime doit être obtenue préalablement au signalement.

CAS PARTICULIER DES VIOLENCES INTRA-FAMILIALES

Lorsqu'un (e) patient (e) apparaît ou se présente comme victime de violences émanant de son conjoint ou ex-conjoint, ou d'un membre de sa famille, le personnel hospitalier l'oriente vers les services sociaux et le cas échéant, vers la brigade locale de protection de la famille de son commissariat de résidence, pour la mention d'une main courante informatisée ou pour le dépôt d'une plainte.

Attention

Une main courante n'est pas un dépôt de plainte. Cela ne permet pas l'ouverture d'une enquête pénale.

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)
- HAS : Fiche la maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir
- Document AP-HP «La maltraitance des personnes âgées et des personnes majeures handicapées