

CHARTRE D'ACCUEIL DES FAMILLES DE VICTIMES DE LA VIOLENCE ROUTIERE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DESTINEE AUX PROFESSIONNELS

Un accident de la voie publique, le décès brutal de la victime, l'accueil du blessé aux urgences ou son admission en réanimation, constituent une agression physique et psychologique pour la famille. Celle-ci est exposée à une succession de violences : le choc de l'annonce de l'accident, la découverte du coma et ses conséquences, l'attente avec incertitude, voire le décès différé de la victime, auxquelles viennent s'ajouter des procédures administratives longues et complexes.

Que la victime soit blessée ou décédée, l'accompagnement de la famille est indispensable.

Pour la famille d'un blessé, les conditions de l'annonce de l'accident, le premier entretien avec l'équipe soignante et le soutien psychologique des premières heures sont essentiels, mais le besoin d'accompagnement se prolongera souvent sur de longs mois, des années, voire toute une vie. En effet, la famille, notamment en cas de traumatisme neurologique grave, acquiert paradoxalement deux statuts : celui de soignant devant entourer la victime, et celui de patient qui résulte du choc psychoaffectif. La famille doit bien souvent apprendre à vivre avec une personne handicapée.

En cas de décès de la victime, l'accompagnement de la famille est fondamental. L'empathie dont fera preuve la personne qui annoncera la nouvelle à la famille et un suivi psychologique précoce lui permettront d'entamer un travail de deuil dans de meilleures conditions. Il est important que la famille sache qu'elle n'est pas une «famille parmi tant d'autres».

La prise en charge de la famille s'effectuera de façon différente selon le moment (accueil de la famille à l'arrivée dans l'établissement ou prise en charge ultérieure) et les circonstances (victime décédée ou blessée) auxquelles elle doit répondre. Dans tous les cas, cette prise en charge nécessite que le personnel concerné reçoive une formation spécifique.

I. L'accueil des familles doit être personnalisé et apaisant

La procédure d'accueil des familles de victimes doit être clairement identifiée et faire l'objet d'un protocole écrit. Cette procédure doit être mise en œuvre dès l'arrivée de la famille, même si le décès a eu lieu avant l'arrivée à l'hôpital et que la famille en est déjà avertie. Cette procédure comporte plusieurs aspects :

- la formalisation des premières informations données à la famille ;
- l'identification d'un local dédié à l'accueil des familles ;
- l'identification d'un personnel formé à l'accueil d'urgence rapidement mobilisable ;
- la formalisation de l'information médicale ;
- l'accès pour la famille à des informations précises : livret d'information spécifique.

A. Annonce de l'accident, de l'hospitalisation ou du décès de la victime à sa famille

L'annonce de l'accident et de ses conséquences médicales constitue le point de départ d'une prise en charge au long cours, qui suppose un savoir faire et une expérience. L'hospitalisation en urgence d'un blessé constitue pour les membres de sa famille un stress, parfois à l'origine

de symptômes d'anxiété, d'angoisse ou de dépression, susceptibles de diminuer leurs capacités de compréhension, d'élaboration de raisonnement et de communication.

Si la victime est décédée, il ne faut jamais annoncer le décès dans le service d'admission, dans un couloir ou dans une salle d'attente, ni par téléphone.

Il arrive que la famille ait déjà eu connaissance du décès de la victime sur le lieu même de l'accident et que les services d'urgence (police, pompiers, SAMU) aient emmené directement la personne décédée dans la chambre mortuaire de l'hôpital, sans passer par les urgences. La famille, qui ne trouve pas la victime dans ce service, ne doit pas être envoyée, par le personnel administratif, directement à la morgue sans être accompagnée. Au service mortuaire, c'est un agent formé à cette mission qui doit la recevoir ; il peut se faire aider par un médecin, un(e) infirmier(e) ou un ministre du culte.

Le décès d'un blessé peut survenir après son arrivée aux urgences. L'annonce du décès doit être faite progressivement, par un médecin, avec précaution et compassion, dans le bureau du médecin ou tout autre local garantissant des conditions d'intimité permettant aux proches d'exprimer leur émotion.

La qualité de l'accueil et de l'écoute et l'humanité manifestée par le personnel soignant et administratif ont un effet positif sur le futur travail de deuil de la famille. Il est recommandé qu'un membre du personnel expérimenté accompagne cette dernière pour la présentation du corps, que ce soit dans une chambre de soins ou dans une chambre mortuaire. On veillera à ce que le corps soit présentable, en respectant d'une part des précautions liées à un éventuel problème médico-légal et en tenant compte d'autre part des spécificités religieuses. Le corps est présenté sur un lit recouvert d'un drap. En cas de délabrement facial, tégumentaire, voire de perte de membres, il est souhaitable de préparer le membre de la famille le plus apte psychologiquement à une telle vision et de masquer la partie du corps la plus atteinte en veillant à présenter la personne décédée sous la meilleure condition.

Il est recommandé d'aider et de soutenir la famille dans la prise de décisions telles que le devenir du corps du défunt, le prélèvement éventuel pour un don d'organe et/ou de tissu (cornée), et de l'accompagner dans la mise en œuvre des formalités administratives.

Il y a lieu d'être particulièrement attentif aux modalités de restitution des vêtements et effets personnels du blessé ou de la personne défunte à sa famille. A cet égard, l'utilisation d'un sac en plastique, qui pourrait évoquer un sac dévolu aux ordures, est à proscrire ; l'hôpital doit fournir aux services un contenant adapté et spécifique.

En dehors du cas de décès, c'est aussi au médecin qu'il appartient d'établir le bilan des blessures et d'envisager le pronostic dès le premier entretien avec la famille, en tenant compte de ce qu'elle est capable d'entendre.

B. Accueil des familles dans un local dédié à cet effet

L'architecture et l'organisation des services (mortuaire, urgences et réanimation) ont un impact sur la qualité de la prise en charge des familles et sur les conditions des annonces à faire et leurs conséquences.

Tous les échanges et entretiens avec la famille ne peuvent se concevoir que dans un lieu singularisé (bureau médical ou salle assurant la confidentialité de l'entretien et respectant

l'intimité de la famille). Il est plus aisé d'apporter le réconfort nécessaire à la famille, dans l'épreuve qu'elle traverse, lorsque l'entretien se déroule dans une pièce dédiée à cette fonction d'accueil.

La structure d'accueil se compose de ce local permettant au personnel en charge de cette mission de rencontrer les familles dans de bonnes conditions (paragraphe C).

Dans l'idéal, ce local doit être d'un confort suffisant pour une attente souvent longue et une atmosphère apaisante (ambiance calme, couleurs douces et harmonieuses, éclairage adapté, isolement des bruits du service). Il doit être à l'écart des circuits des patients et des visiteurs. On privilégiera des sièges confortables de type canapé, pour donner une impression de salon plus que de salle d'attente. Il y sera mis à disposition une fontaine réfrigérante ou un distributeur de boissons. Il disposera également de toilettes. Une ligne téléphonique doit permettre aux familles d'être directement reliées à l'extérieur. Une documentation doit être disponible (livret d'accueil du patient hospitalisé, livret d'information spécifique aux familles de victimes, renseignements nécessaires concernant les démarches administratives à effectuer en cas d'accident, d'hospitalisation ou de décès, coordonnées des associations spécialisées pouvant aider les familles de victimes d'accident de la circulation, liste d'hôtels proches de l'établissement...).

Ce lieu d'accueil, régulièrement entretenu, doit être accessible 24 heures sur 24.

C. Personnel d'accueil d'urgence des familles

En dehors des annonces médicales décrites ci-dessus, il est impératif de prévoir une personne ayant pour mission particulière d'accueillir, dès son arrivée, la famille de victime d'un accident, blessée ou décédée, au sein du lieu d'accueil spécifique. Cette démarche constitue la première étape de l'accompagnement et sera au mieux réalisée par une personne intégrée à l'équipe, mais n'ayant pas de fonction soignante directe.

Ce personnel d'accueil assure une liaison permanente avec l'équipe soignante. Différentes professions peuvent composer ce personnel : médecins, infirmier(e)s, assistante sociale, psychologues cliniciens, administratifs, voire ministre du culte. Des bénévoles formés à ce type de mission peuvent être également sollicités. Il revient à la famille de choisir la forme d'accompagnement dont elle souhaite bénéficier, ainsi que le correspondant. Il paraît souhaitable que ce personnel d'accueil d'urgence participe ensuite à l'accompagnement de la famille tout au long du séjour du blessé. Son rôle, essentiel, est :

- d'assurer une présence discrète de solidarité humaine, dans l'immédiat et éventuellement dans la durée ;
- de répondre aux éventuelles questions des familles sur la structure et le fonctionnement hospitaliers ;
- d'informer et de guider la famille quant aux principales démarches administratives ;
- d'assurer un premier contact avec les services sociaux ;
- de proposer des solutions d'hébergement provisoire ;
- de proposer des contacts avec les associations d'aide aux victimes.

Il est indispensable que la mobilisation de ces personnels puisse s'effectuer rapidement, sans contraintes horaires et suivant une procédure écrite clairement identifiée pour chaque site d'accueil de victimes.

D. Information médicale personnalisée continue des familles de victimes

Au-delà des annonces initiales, il est indispensable d'éviter que les proches attendent trop longtemps une information, même succincte, sur la situation médicale de la victime. Une information personnalisée doit être donnée à la famille au cours d'un entretien d'une durée suffisante. Le contexte «d'urgence» ne doit pas être considéré comme un argument pour se dispenser de la délivrance d'une information orale, globale, expliquant avec des mots simples accessibles à la famille et adaptés à sa capacité émotionnelle de réception, le diagnostic, les traitements apportés au blessé, le projet thérapeutique et le cas échéant, le pronostic. L'aide d'un interprète peut s'avérer indispensable pour les familles non francophones.

Seul, le médecin ou l'infirmier(e) peuvent délivrer l'information attendue sur l'état de santé du blessé, chaque fois que possible en binôme. Ce binôme complémentaire donne d'une part à la famille un sentiment de collégialité et de consensus, et d'autre part permet aux infirmier(e)s de répondre plus aisément aux questions posées par la famille et d'éviter des contradictions avec l'information donnée par le médecin, ce qui de plus valorise leur rôle et harmonise le degré de connaissance de la situation de la famille de la victime.

Le niveau d'information de la famille doit être transmis au personnel de garde.

Une fois que la famille a compris l'objectif des soins et qu'elle a une relation confiante avec les soignants, un échange bref peut avoir lieu dans la chambre du blessé. Néanmoins, lors des entretiens clés (premier entretien, entretiens à la demande de la famille ou des médecins pour faire le point), la qualité de l'information sera renforcée par un contexte d'intimité, dans le local d'accueil décrit ci-dessus.

L'information de la famille est non seulement d'ordre médical, mais aussi médico-social, administratif et juridique. Cette information est progressive et continue, adaptée à la sensibilité des interlocuteurs, et devra satisfaire quatre exigences :

- expliquer les événements ayant motivé l'hospitalisation, mais aussi ceux qui sont intervenus au cours de celle-ci, les conclusions retenues, les actes réalisés et les décisions prises ;
- expliquer le projet thérapeutique, les investigations complémentaires à réaliser et présenter le service vers lequel le blessé est transféré ;
- donner une vision prospective de la prise en charge du blessé, notamment après la sortie de l'établissement vers un centre spécialisé ou à domicile. En cas de risque de handicap consécutif à l'accident, les perspectives de rééducation fonctionnelle doivent être abordées. Les annonces des perspectives seront néanmoins toujours faites en tenant compte de ce que la famille est prête à entendre ;
- répondre aux questions clairement et rassurer.

La multiplicité des membres de la famille justifie souvent qu'il soit demandé à celle-ci de désigner un interlocuteur privilégié. Dans la mesure du possible, les parents, le conjoint ou une personne partageant la vie du blessé hospitalisé sont prioritaires, et doivent être considérés a priori comme les interlocuteurs privilégiés. Les médecins inviteront le représentant familial à faire circuler l'information au sein de la famille. Il convient de conseiller à la famille, seule capable de désigner le représentant familial, de tenir compte dans sa décision, de l'existence d'éventuels symptômes d'anxiété et/ou de dépression.

Le médecin traitant (praticien généraliste ou spécialiste) peut servir de médiateur entre l'équipe soignante et la famille.

L'information délivrée à la famille doit être décrite dans le dossier médical du blessé, dès le premier entretien, en précisant le niveau d'information et les personnes auxquelles elle a été délivrée. Toute annonce à la famille de modification de traitement, mais aussi d'évolution du pronostic, doit être consignée par écrit dans le dossier.

L'obligation du respect du **secret médical** reste entière même en cas d'admission en urgence ou de décès : les employeurs, les compagnies d'assurance, ou encore les personnes non directement impliquées (imprécis) dans la situation des blessés ne doivent en aucun cas être destinataires d'informations médicales le concernant. À ce titre, les demandes d'informations téléphoniques doivent faire l'objet d'une vigilance particulière.

L'information des services de police et de gendarmerie doit se faire dans le cadre légal, les informations médicales étant fournies sur réquisition judiciaire.

L'information doit être apportée par une équipe structurée et identifiée. Dans l'idéal, l'information doit être dispensée par l'équipe ayant établi le premier lien avec la famille. Afin que celle-ci puisse connaître le rôle de chaque membre de cette équipe, se présenter à chaque rencontre devrait aider la famille à identifier l'intervenant à qui elle a affaire davantage que ne peut le faire un simple badge. Un médecin référent, dont le nom sera inscrit à la main sur le livret d'information, doit être désigné.

Une rencontre entre le médecin rééducateur et la famille du blessé devrait, dans toute la mesure du possible, pouvoir être organisée très précocement, alors que la victime se trouve encore en réanimation. Des réseaux de coopération sanitaire entre les services et centres de rééducation fonctionnelle et les services accueillant des victimes d'accident de la circulation devraient être créés et des conventions signées de façon formelle, afin d'assurer une continuité des soins indispensable tant au blessé qu'à sa famille.

E. Le livret d'information pour les familles de victimes d'accident doit être remis dès le premier entretien

Le livret d'information aux familles ([Annexe I](#)) est un lien entre soignants et familles. Il doit être remis lors du premier entretien plutôt que mis à disposition en salle d'attente ou d'accueil. Simple et concis, ce livret doit aborder l'information dans sa globalité, sans évoquer des situations techniques trop complexes. Il comprend les coordonnées du service, son organigramme, les horaires de visite, les coordonnées et le nom du médecin responsable du blessé, du cadre soignant du service, du psychologue et de l'assistante sociale, inscrits manuellement par la personne remettant livret d'information. Le fait de personnaliser ce livret, en inscrivant le nom des référents avant de le remettre, entre dans le cadre d'une relation fidélisée attendue par la famille.

II. Les personnels participant à l'accueil des familles de victimes doivent être formés

La formation des personnels participant à l'accueil de familles de victimes d'accidents, ne doit pas être tournée uniquement vers les personnels médico-sociaux, mais également les administratifs. Elle doit porter sur le partage des tâches et sur le dialogue à instaurer avec la famille ou les proches.

En complément du recours à des psychologues cliniciens, une hypothèse de travail pourrait être la possibilité de favoriser la présence auprès de la famille, dans ces heures d'angoisse, de

tension, d'émotion et de souffrance extrêmes, de bénévoles spécifiquement formés qui désireraient s'investir dans ce type de mission.

Ces bénévoles ne seraient pas seulement des membres de la société civile engagés dans les mouvements associatifs de lutte contre la violence routière, mais aussi, à l'instar de ce qui est mis en œuvre dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement, des personnes volontaires sélectionnées sur la base de critères très rigoureux et expressément formées à cette mission de présence et d'écoute en des situations si traumatisantes. Il s'agit de personnes ayant acquis une compétence particulière dans l'approche des familles dans des situations de grand bouleversement.

Elles devraient bénéficier non seulement d'une formation très structurée, comme celle dispensée pour les volontaires accompagnant les malades en soins palliatifs et leurs proches, mais aussi d'un tutorat par un professionnel. Les nouveaux bénévoles devraient également être encadrés par des bénévoles déjà expérimentés.

Ces personnes pourraient assurer leur mission sur le principe de l'astreinte et venir, sur appel, assurer une présence discrète et apaisante auprès des proches pendant les heures critiques, dans le lieu d'accueil prévu pour les familles.

ANNEXES

ANNEXE I

Le livret d'information pour les familles de victimes de la violence routière

Bien que le livret d'information soit mis à la disposition des familles dans le local qui leur est réservé, il conviendra en outre que, très rapidement, un personnel de l'établissement ou un bénévole remette à la famille nouvellement accueillie un exemplaire de ce livret en s'attachant à lui en décrire le contenu et à prendre le temps de lui donner tous les éclaircissements souhaités, ainsi qu'à le personnaliser (noms de la victime et des correspondants). Ce livret est ainsi un marqueur d'une relation élaborée entre soignants et familles. Sa remise est l'occasion de personnaliser les informations qu'il contient.

S'il est indispensable, il n'est pas suffisant pour informer. Simple et sommaire, il comprend :

- 1) les coordonnées du service, son organigramme, les horaires de visite, les coordonnées et le nom du médecin responsable du blessé rédigés manuellement par la personne remettant le livret d'information pour les familles de victimes de la violence routière ;
- 2) un volet médical : avec des explications simples sur des notions médicales de base ainsi qu'un lexique des principaux termes techniques, détaillant de façon très simple et très explicite les termes et situations les plus courants en réanimation, en neurochirurgie ou en traumatologie (ex : intubation, extubation, ventilation, scope, sonde gastrique, cathéter, sédation, transport, accident iatrogène, infection nosocomiale, information et recherche) ;
- 3) Un volet concernant l'assistance à la famille comportant des renseignements d'ordre pratique (plan de l'hôpital, hébergements locaux, communications, transports etc., médico-social et juridique ;
- 4) La charte d'accueil des familles de victimes ;
- 5) Les coordonnées des ressources éventuellement souhaitées : soutien psychologique, spirituel, associatif ;
- 6) Les coordonnées des correspondants personnels, médicaux, paramédicaux et sociaux pour toute demande d'information.

ANNEXE II

Associations de familles de victimes d'accidents de la circulation

Ligue contre la Violence Routière (LVR)

15, rue Jobbé-Duval - 75 015 Paris

Tél. : 01 45 32 91 00 ; Fax : 01 42 35 91 01

URL : violenceroutiere.org

Fondation Anne Cellier contre l'Insécurité Routière

125, avenue de Malakoff - 75116 Paris

Tél. : 01 45 00 95 35 ; Fax : 01 45 00 58 18

E-mail : fond_ac@club-internet.fr

Site Internet : www.fondation-annecellier.org

Fédération Européenne des Victimes de la Route (FEVR)

URL : fevr.org

Institut national d'aide aux Victimes et de médiation (INAVEM)

1, rue du Pré Saint-Gervais - 93 691 Pantin cedex

Tél. : 01 41 83 42 00 ; Fax : 01 41 83 42 24

Aide Information aux Victimes (AIV)

8, rue Sergent Bobillot - 38 000 Grenoble

Tél. : 04 76 46 27 37

Association des Paralysés de France (APF)

17 bd Auguste Blanqui 75 013 Paris

Tél. : 01 40 78 69 00 - Fax 01 45 89 40 57

Site Internet : <http://www.apf-asso.com/>

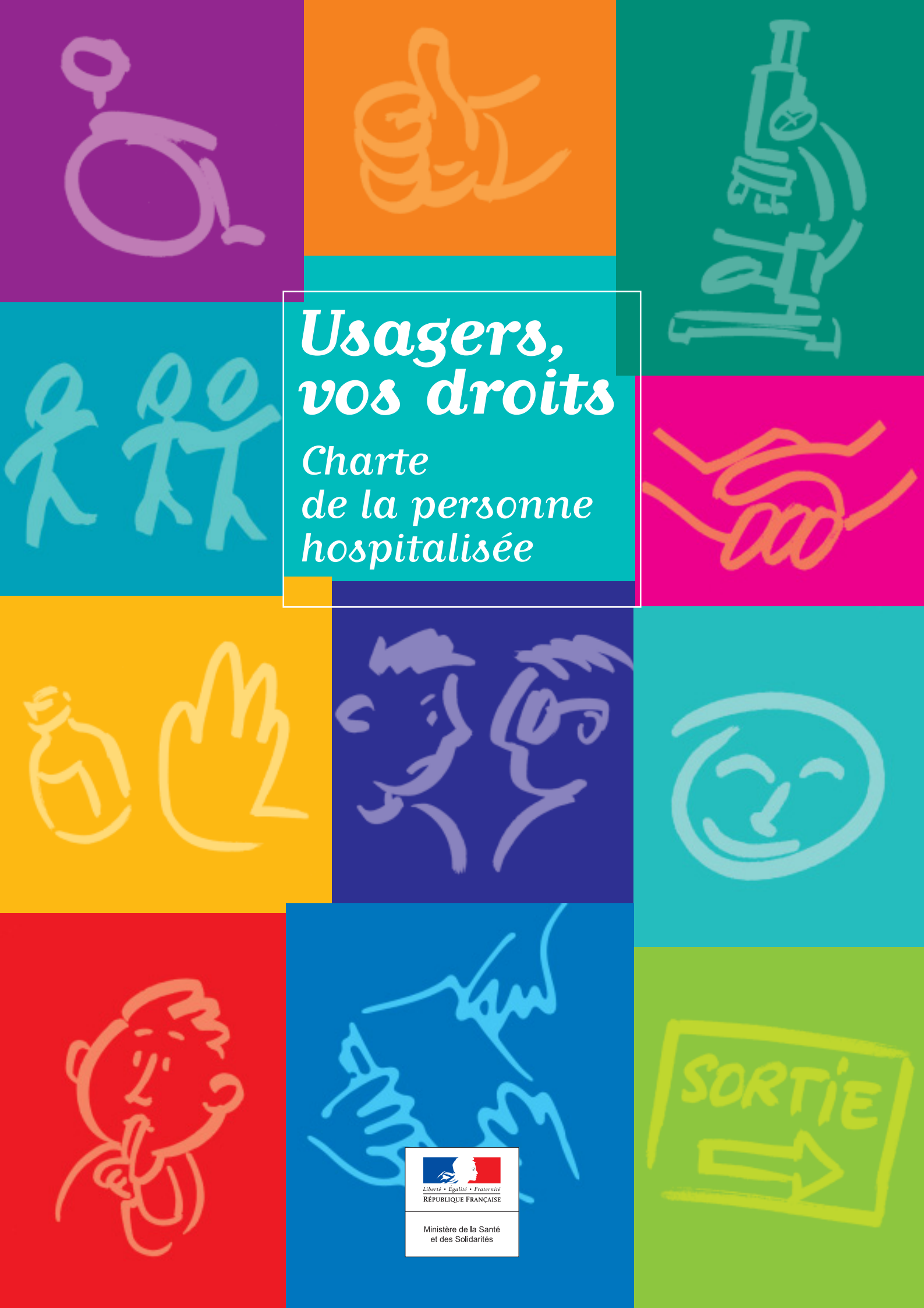
Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens (UNAFTC)

286 bis, rue de Tolbiac 75013 Paris

Tél. : 01 53 80 66 03 ; Fax 01 53 80 66 04

e-mail : unaftc@wanadoo.fr

Site Internet : <http://traumacranien.org>



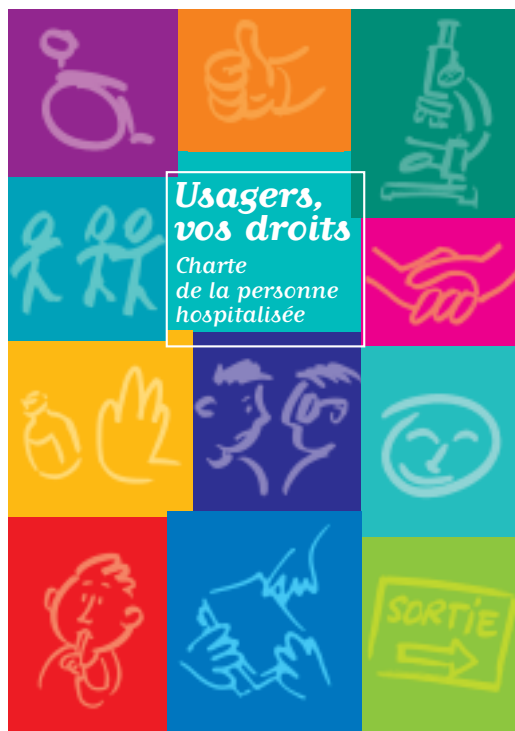
Usagers, vos droits

*Charte
de la personne
hospitalisée*



Ministère de la Santé
et des Solidarités

L'



l'objectif de la présente charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois – notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – et les principaux décrets, arrêtés, circulaires et chartes dont les références figurent en annexe.

L'expression « personne hospitalisée » utilisée dans cette charte désigne l'ensemble des personnes prises en charge par un établissement de santé, que ces personnes soient admises en hospitalisation (au sein de l'établissement ou dans le cadre de l'hospitalisation à domicile), accueillies en consultation externe ou dans le cadre des urgences.

L'application de la charte s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution et auxquelles sont soumis le personnel et les personnes hospitalisées. La personne hospitalisée doit pouvoir prendre connaissance du règlement intérieur qui précise ces obligations.

Les dispositions qui la concernent et, en particulier, les dispositions qui s'appliquent à l'établissement, aux personnels et aux personnes malades, seront, si possible, intégrées dans le livret d'accueil.

Le résumé de la charte est remis, dès son entrée dans l'établissement, à chaque personne hospitalisée ainsi qu'un questionnaire de sortie et un contrat d'engagement contre la douleur, annexés au livret d'accueil. Le document intégral de la charte est délivré, gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil.



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge

Toute personne est **libre de choisir** l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge. Un établissement ne peut faire obstacle à ce libre choix que s'il n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge appropriée à l'état du demandeur ou s'il ne dispose pas de la place disponible pour le recevoir.

Toutefois, les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement en raison de troubles mentaux sont exclusivement hospitalisées dans les établissements de santé habilités à cet effet par le préfet.

Toute personne peut également choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas.

Dans tous les cas, le choix de la personne concernant l'établissement et/ou le praticien doit se concilier avec certaines contraintes liées à l'urgence, l'organisation du service ou la délivrance des soins.

Les conditions de remboursement dont bénéficie la personne peuvent varier selon l'établissement ou le praticien choisi.

> Dispositions communes à tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés

Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'**égal accès** de chaque personne **aux soins** requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques. Les établissements prennent toutes les dispositions nécessaires pour que les enfants en âge scolaire bénéficient d'un suivi scolaire adapté.

Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel doivent être prévus.

L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché.

Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles.

Ces associations ont pour mission d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite ou de répondre à des demandes spécifiques sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux. Une convention est conclue avec ces associations, précisant les conditions d'intervention de celles-ci dans l'établissement. La liste des associations concernées figure de préférence dans le livret d'accueil. À défaut, cette liste sera mise à la disposition des personnes hospitalisées par le service chargé de l'accueil.

Tout établissement, doté d'un **service d'accueil et de traitement des urgences**, qui se trouve dans l'incapacité de procéder à l'admission d'une personne dont l'état de santé exige une hospitalisation en urgence, doit tout mettre en œuvre pour assurer son admission dans un autre établissement.

> Dispositions propres au service public hospitalier

L'accueil des personnes s'effectue de jour comme de nuit, éventuellement en urgence.

L'accès au service public hospitalier est garanti **aux personnes les plus démunies**. Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'État sont prises en charge au sein des établissements de santé publics et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier,



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge

pour les soins urgents. Ces soins sont ceux 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. L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux. Dans ce but, les établissements doivent mettre en place **une permanence d'accès aux soins de santé**, qui aide les personnes dans leurs démarches administratives et sociales afin de garantir leur accès à la prévention, aux soins et au suivi médical à l'hôpital et dans les réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

L'assistante sociale ou, à défaut, le cadre de santé, est à la disposition des personnes malades, de leur famille ou à défaut de leurs proches⁽¹⁾ pour les aider à résoudre leurs difficultés personnelles, familiales, administratives ou matérielles résultant de leur hospitalisation.

(1) L'obligation d'information des établissements concerne également la personne de confiance désignée en application de l'article L 1111-6 du code de la santé publique (voir plus loin).



Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques de chacun d'eux. Ils leur dispensent les actes de prévention, d'investigation de diagnostic ou de soins – curatifs ou palliatifs – que requiert leur état et ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, leur faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Par ailleurs, ils veillent à **la continuité des soins** à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser **la prise en charge**

de la douleur des personnes qu'il accueille.

Une brochure intitulée « Contrat d'engagement contre la douleur » doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes.

Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement met tout en œuvre pour leur assurer **une vie digne jusqu'à la mort**.

À cet égard, la prise en compte de leur volonté est essentielle (cf. infra IV). Elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques tant physiques que psychologiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leur famille ou leurs proches et les personnes de leur choix (en particulier la personne de confiance qu'elle aura désignée) et, naturellement, par le personnel et les bénévoles intervenant dans l'établissement. En cas de décès imminent, l'établissement s'attachera à prévenir la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches, dans un délai leur permettant d'avoir la possibilité d'accompagner la personne lors de ses derniers moments. L'entourage bénéficie également d'un soutien⁽²⁾.

En cas de décès dans l'établissement de santé, la dépouille de la personne décédée est déposée dans la chambre mortuaire de l'établissement ou, à défaut, dans celle d'un autre établissement. En l'absence de chambre mortuaire, le défunt peut être transféré hors de l'établissement dans une chambre funéraire à la demande de la famille ou à la demande du directeur de l'établissement, s'il lui a été impossible de joindre la famille dans un délai de dix heures à compter du décès. Lorsque le transfert en chambre funéraire a été demandé par le directeur de l'établissement, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement ainsi que les frais dits de séjour, dans la limite des trois premiers jours suivant l'admission.

(2) La circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins d'accompagnement.



L'information donnée au patient doit être accessible et loyale

Les établissements doivent veiller à ce que **l'information médicale et sociale** des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, **la volonté d'une personne de ne pas être informée** du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne **une information accessible, intelligible et loyale**. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique.

Dans le cas où les informations médicales à délivrer relèvent en partie de la compétence d'autres professionnels de santé, **le médecin organise le parcours de la personne** ou, à défaut, lui indique les professionnels auxquels il est souhaitable qu'elle s'adresse pour obtenir une information médicale complète.

Afin que la personne malade puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui la concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à son information et son éducation, chacun dans son domaine de compétences.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions

de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Pour favoriser **la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle** à la prise de décision les concernant, ils sont informés des actes et examens nécessaires à la prise en charge de leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs capacités de compréhension, indépendamment de l'indispensable information donnée à leurs représentants légaux.

Le secret médical, institué pour protéger la personne malade, s'impose au médecin. Dans ces conditions, le médecin ne doit divulguer aucune information médicale à une autre personne qu'à la personne malade. Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, et sauf opposition de la personne malade, la famille et les proches reçoivent les informations leur permettant de soutenir directement la personne malade et doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables. Par ailleurs, en cas de décès, et sauf opposition exprimée antérieurement par la personne elle-même, le secret médical ne fait pas obstacle à la divulgation des informations aux ayants droit lorsqu'elles sont nécessaires à la connaissance des causes de la mort, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

La personne de confiance (cf. infra 4) doit également bénéficier d'une information suffisante pour pouvoir donner valablement son avis, dans le cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Seules l'impossibilité, l'urgence ou la volonté de la personne malade de ne pas savoir peuvent dispenser le médecin d'informer celle-ci.

L'information porte également, à la demande de la personne hospitalisée, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au titre de sa prise en charge. Lorsque cette prise en charge est réalisée par un professionnel de santé d'exercice libéral, ce dernier doit informer la personne, avant l'exécution d'un acte, de son coût et des conditions de remboursement dont elle bénéficierait par les organismes d'assurance maladie.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son **consentement préalable**. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. **Il doit être éclairé**, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.

Autre conséquence du principe du consentement : toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser tout acte diagnostic ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment. Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire alors appel à un autre membre du corps médical. Cependant, dès lors que la personne réitère sa décision dans un délai raisonnable (délai apprécié compte tenu de la situation), celle-ci s'impose au médecin. Il faut préciser que la décision prise par la personne malade de limiter ou d'arrêter ses traitements, alors même qu'elle ne se trouve pas en situation de fin de vie, doit être particulièrement réfléchie. C'est pourquoi le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimum

nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté.

En fin de vie (c'est-à-dire lorsque la personne se trouve « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable »), dès lors que la personne, dûment informée des conséquences de son choix et apte à exprimer sa volonté, fait valoir sa décision de limiter ou d'arrêter les traitements, celle-ci s'impose au médecin.

Dans tous les cas, la décision d'arrêt ou de limitation des traitements, prise par la personne, est inscrite dans son dossier médical.

Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'elle soit en fin de vie ou non, et que les actes de prévention, d'investigation ou de soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, le médecin peut prendre la décision de les limiter ou de les arrêter. Cette décision ne peut cependant être prise qu'après concertation avec l'équipe de soins et **dans le cadre d'une procédure collégiale**. Le médecin ne prend en effet sa décision qu'après consultation d'au moins un autre médecin avec lequel il n'entretient aucun lien hiérarchique. Par ailleurs, il prend en compte les souhaits précédemment exprimés par la personne quant à sa fin de vie. Cette volonté doit être recherchée notamment dans d'éventuelles **directives anticipées** (voir ci-après).

Il prend en compte également les avis exprimés par la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches. Lorsque la personne de confiance est désignée, son avis l'emporte sur celui exprimé par la famille ou par les proches. La décision motivée du médecin ainsi que les étapes de la procédure suivie sont inscrites dans le dossier médical.

Dans tous les cas d'arrêt ou de limitation de traitement, la personne conserve tous ses droits d'accès aux soins palliatifs. Comme précédemment indiqué (cf. supra II), le médecin doit soulager sa douleur, apaiser sa souffrance psychique, sauvegarder sa dignité et soutenir son entourage.

Afin de garantir l'expression de la volonté du malade, deux dispositifs sont prévus : la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées.

Lors de son admission, toute personne hospitalisée majeure est systématiquement informée de la possibilité qui lui est offerte de désigner **une personne de confiance**. Cette désignation est effectuée par écrit et vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en décide autrement. Elle est révocable à tout moment. Le choix de la personne peut porter aussi bien sur un parent que sur un conjoint, un compagnon, une compagne, un proche, un médecin traitant... La personne de confiance peut être désignée antérieurement à l'hospitalisation. L'établissement apportera une attention particulière au recueil des coordonnées de la personne choisie et il est recommandé que ces informations soient classées dans le dossier médical. À la demande du patient, la personne de confiance pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Pour le cas où le patient se trouverait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance doit être recueilli, mais ne s'impose pas au médecin.

Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, **des directives anticipées**. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie. Les directives anticipées se présentent sous forme d'un document écrit et authentifiable. Si la personne ne peut les rédiger elle-même, deux témoins, dont la personne de confiance, attestent qu'elles correspondent à la volonté clairement exprimée par la personne. Elles doivent être renouvelées tous les trois ans ou être établies depuis moins de trois ans avant que la personne ne soit plus en état d'exprimer sa volonté (par exemple en cas de maladie neurodégénérative). Elles sont révocables à tout moment. Lorsque des directives anticipées existent, le médecin doit en tenir compte. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. Elles témoignent en effet de la volonté d'une personne, alors que celle-ci était encore apte à l'exprimer et en état de le faire. Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées par le patient dans ce document compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution de l'état de l'art médical. En tout état de cause, la personne qui souhaite que ses directives soient prises en compte, doit les rendre accessibles au médecin qui la prendra en charge au sein

de l'établissement. À cette fin, mais sans qu'il s'agisse d'une condition de validité, le dossier détenu par le médecin traitant apparaît comme le meilleur cadre de conservation. Lors de son admission dans l'établissement, le patient peut signaler l'existence de directives anticipées et indiquer les coordonnées des personnes auxquelles il les a confiées.

Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'une personne mineure ou majeure sous tutelle risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins qui s'imposent. S'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre. Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du procureur de la République, lequel a faculté de saisir le juge des enfants. S'agissant d'un majeur sous tutelle, il appartient au tuteur de solliciter une autorisation du juge des tutelles, dans le cas où il est appelé à prendre une décision concernant la santé de la personne protégée, en l'absence d'avis exprimé par celle-ci ou contre son avis dès lors que la décision présente un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée.

Si une personne mineure, pour laquelle un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, ne souhaite pas que son état de santé soit porté à la connaissance des titulaires de l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale après avoir mis tout en œuvre pour que le mineur accepte qu'ils soient consultés. Si le mineur persiste dans sa volonté que le secret soit gardé, le médecin pourra intervenir pour autant que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix. La mention du refus du mineur que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés sera portée au dossier médical de l'intéressé.



Un consentement spécifique est prévu pour certains actes

Au delà du principe général du consentement préalable, certains actes médicaux font l'objet de garanties spécifiques en ce qui concerne le consentement.

Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, c'est le consentement des deux membres du couple, à l'origine du projet parental, qui est exigé (article L.2141-2 du code de la santé publique). Pour **le diagnostic prénatal**, seul le consentement de la femme enceinte est recueilli (article L.2131-4).

Le don et l'utilisation des éléments et des produits du corps humain font également l'objet de dispositions spécifiques. Ainsi, le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits, pour quelle que finalité que ce soit, ne peuvent être pratiqués sans le consentement du donneur. Le consentement est révocable à tout moment (article L.1211-2 du code de la santé publique). Lorsque la finalité initiale du prélèvement est modifiée, la personne doit en être informée, sauf impossibilité, afin de pouvoir s'y opposer si elle le souhaite.

Le consentement à **un prélèvement d'organe en vue de don** est particulièrement formalisé : il doit être recueilli devant le tribunal de grande instance ou, en cas d'urgence, par le procureur de la République. Ce consentement est révocable à tout moment et sans condition de forme (article L.1231-1 du code de la santé publique). En règle générale, aucun prélèvement d'organe, de tissus, de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale (articles L.1231-2 et L.2141-2 du code de la santé publique). Toutefois, un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut être effectué sur un mineur ou sur un majeur protégé au bénéfice de son frère ou de sa sœur, de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce, avec les garanties et dans les conditions définies aux articles L.1241-3 et L.1241-4 du code de la santé publique.

Toute personne peut faire connaître de son vivant son opposition ou son refus

à un prélèvement d'organe après son décès (que ce soit à des fins thérapeutiques ou scientifiques). Ce refus peut figurer sur le registre national des refus, mais il peut également être exprimé par tout autre moyen. Aussi, en l'absence de refus enregistré dans le registre national, avant tout prélèvement, le médecin doit vérifier auprès de la famille ou des proches que la personne ne s'est pas opposée de son vivant, par tout moyen, au don d'organes (article L.1232-1 du code de la santé publique). Si la personne décédée est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale – ou le représentant légal – y consente expressément 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 (article L.1232-1 du code de la santé publique).

En outre, en cas de **prélèvements à des fins scientifiques sur personne décédée**, ceux-ci ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1232-3 du code de la santé publique). Dans tous les cas, la famille ou les proches sont informés par le médecin de la finalité des prélèvements sur la personne décédée envisagés à des fins scientifiques et de leur droit à connaître les prélèvements effectués (article L.1232-1 du code de la santé publique).

Pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG), des dispositions spécifiques sont prévues lorsqu'il s'agit d'une mineure. Si une mineure non émancipée souhaite accéder à une IVG et se trouve dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale ou si elle souhaite garder le secret, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés, peuvent néanmoins être pratiqués à sa demande. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner par la personne majeure de son choix.

En ce qui concerne les prélèvements à visées tant diagnostiques, thérapeutiques que scientifiques sur **des tissus et cellules embryonnaires**

ou fœtales à l'issue d'une interruption de grossesse, ils ne peuvent être demandés qu'aux personnes majeures (sauf recherche des causes de l'interruption) et après qu'elles aient donné leur consentement écrit. S'il s'agit de **prélèvements à des fins scientifiques**, ils ne peuvent, en outre, être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis préalablement à leur mise en œuvre à l'agence de la biomédecine et soumis à l'appréciation du ministre chargé de la recherche (article L.1241-5 du code de la santé publique).

En ce qui concerne la réalisation des examens des caractéristiques génétiques, la personne doit y consentir préalablement par écrit dans les conditions fixées par l'article L.1131-1 du code de la santé publique. Cependant, en cas d'impossibilité de recueillir le consentement de la personne ou de consulter la personne de confiance qu'elle a désignée, sa famille ou à défaut ses proches, les examens peuvent avoir lieu quand son intérêt même l'exige.

La pratique d'une stérilisation à visée contraceptive fait l'objet d'une information spécifique délivrée par le médecin sur les risques et les conséquences de l'intervention. Cette information donne lieu à un document écrit. La patiente, majeure, doit exprimer une volonté libre, motivée et délibérée compte tenu de l'information reçue. Le consentement doit être réitéré après un délai de réflexion de quatre mois et confirmé par écrit. Les personnes majeures dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle, bénéficient, pour cette intervention, d'un régime de protection renforcée. L'intervention est subordonnée à la décision d'un juge des tutelles, chargé de recueillir l'avis d'un comité d'experts (article L. 2123-2 du code de la santé publique).

Un dépistage (par exemple du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la personne, sauf dans certains cas exceptionnels où ce dépistage est obligatoire (par exemple : dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait).

Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient, ce qui constituerait une violation de la vie privée. Un dépistage volontaire peut être proposé au patient, dans le respect des règles rappelées par la circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du VIH, dont celle du libre consentement, après information personnalisée.

Par ailleurs, toute personne infectée par le VIH doit donner son consentement par écrit au traitement informatique de son dossier médico-épidémiologique à des fins statistiques.

Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles

Pour faire progresser les connaissances sur le fonctionnement du corps humain et l'origine, le diagnostic et le traitement des maladies, il est nécessaire de pouvoir mener des recherches sur l'être humain : c'est la recherche biomédicale, strictement encadrée par la loi. Ce type d'activité ne doit pas être confondu avec une activité de soin ; il ne s'agit pas non plus d'un droit pour les patients. En tout état de cause, une recherche biomédicale ne peut être effectuée sur l'être humain que si elle répond à **des critères de pertinence scientifique, d'absence de risques disproportionnés aux bénéfices escomptés et de réduction des désagréments et des contraintes pour la personne.**

Une recherche biomédicale ne peut, en principe, être proposée à une personne hospitalisée. Toutefois, une telle recherche peut être proposée dans deux cas : d'une part, si le bénéfice attendu par la personne hospitalisée justifie le risque encouru ; d'autre part, si la recherche peut être potentiellement utile pour d'autres personnes relevant de la même situation, c'est-à-dire hospitalisées, et dans la mesure où il n'existe aucune méthode alternative d'efficacité comparable.

Aucune recherche ne peut être menée si elle n'a pas reçu **l'avis favorable d'un comité de protection des personnes indépendant**, auquel participent notamment des représentants d'associations de malades ou d'usagers du système de santé. **La recherche doit en outre être autorisée**, selon le cas, soit par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, soit par le ministère chargé de la santé.

Le médecin investigateur qui coordonne une recherche doit apporter **une information claire et compréhensible** à la personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale. La personne pressentie doit notamment, avant de donner son consentement, être informée sur : les objectifs, la méthode et la durée de la recherche ; les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles ; les autres choix de traitements possibles ; les modalités de prise en charge médicale prévues en cas d'interruption de la recherche pour quelque raison que ce soit ;

les modalités selon lesquelles, après la fin de la recherche, la personne hospitalisée participante sera informée des résultats de celle-ci. L'ensemble des informations est résumé dans un document écrit. En effet, la personne, dans la mesure du possible, doit avoir le temps de réfléchir à la proposition qui lui est faite et de demander toutes les explications complémentaires au médecin investigateur, d'en parler à toute personne de son choix (médecin traitant, proches, association de malades, etc.) avant de prendre et de faire connaître sa décision.

Si la personne est d'accord pour participer à la recherche, elle doit exprimer son **consentement par écrit** en signant un document. Si elle n'accepte pas la proposition qui lui est faite ou si elle retire son consentement, cela n'aura aucune conséquence sur sa prise en charge par l'établissement et elle recevra des soins de la même qualité que si elle acceptait de participer à la recherche proposée.

Des règles spécifiques relatives au consentement sont prévues pour **les personnes mineures, les personnes majeures sous tutelle ou sous curatelle ou les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur volonté** ainsi que pour les personnes dites « **vulnérables** » – femmes enceintes ou qui accouchent, mères qui allaitent, personnes en prison, personnes hospitalisées sans consentement – (article L.1122-2 du code de la santé publique).

Des recherches peuvent être nécessaires sur des personnes hospitalisées **en situation d'urgence** et qui ne sont pas, par conséquent, en état de donner leur consentement. Dans ce cas, l'accord de la personne de confiance désignée ou de la famille, dans la mesure où elles sont présentes, doit être demandé. La personne concernée est informée dès que possible et son consentement est alors nécessaire pour continuer la recherche. Si la personne refuse, elle peut s'opposer à l'utilisation des données la concernant et qui ont été recueillies avant son refus. Pendant une recherche ou à la fin de celle-ci, la personne hospitalisée a le droit d'avoir communication des informations dont le médecin investigateur dispose au sujet de sa santé.



Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles

La participation d'une personne hospitalisée à une recherche biomédicale ne donnera lieu à aucune rémunération ni indemnisation.

Le traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche s'effectue dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers

et aux libertés et à l'article L.1111-7 du code de la santé publique. Conformément à ces dispositions, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux responsables de la recherche. Elle peut également s'opposer au traitement des données la concernant.





La personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement

Une personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement. Lorsque la demande de sortie est jugée prématurée par le médecin et présente un danger pour la santé de la personne, celle-ci doit signer **une attestation** établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait pour elle. À défaut de cette attestation, un document interne est rédigé.

Une personne ne peut être retenue par l'établissement. Seules les personnes ayant nécessité, en raison de **troubles mentaux**, une hospitalisation à la demande d'un tiers ou une hospitalisation d'office, peuvent être retenues, sous réserve des dispositions applicables aux mineurs et, sous certaines conditions, aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux autres patients. Des restrictions à l'exercice de leurs libertés individuelles peuvent être imposées aux personnes hospitalisées pour troubles mentaux sans leur consentement, dans la limite de celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. Ces personnes doivent être informées dès leur admission et, par la suite, à leur demande, de leur situation juridique et de leurs droits.

Les personnes détenues disposent des mêmes droits que ceux dont bénéficient les autres personnes hospitalisées. Cependant, les détenus admis dans un établissement de santé continuent d'effectuer leur peine ; de même, les personnes mises en examen et placées en détention provisoire restent en détention ; de ce fait, la réglementation pénitentiaire leur est applicable et, notamment, les règles particulières restreignant la liberté d'aller et venir et de communiquer.



La personne hospitalisée est traitée avec égards

Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards.

Si un enseignement clinique conduit à un examen du patient en présence d'étudiants en médecine, son consentement préalable est requis. Il ne peut être passé outre à un refus de la personne. Les mêmes prescriptions doivent être respectées en ce qui concerne les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux.

L'établissement de santé doit **respecter les croyances et convictions** des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...).

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

L'établissement prend les mesures qui assurent la tranquillité des personnes et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Il organise le fonctionnement des consultations externes et l'accomplissement des formalités administratives liées à l'hospitalisation, de manière à réduire le plus possible les déplacements et les délais d'attente.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne

Toute personne hospitalisée a droit au respect de sa vie privée.

Le personnel est tenu **au secret professionnel**, défini par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

L'établissement garantit **la confidentialité des informations** qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge. Ces mêmes informations pourront également être confiées à d'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins qui prend en charge la personne, dans la mesure où celle-ci en aura été avertie et ne s'y sera pas opposée. Dans le cadre d'une procédure judiciaire exécutée dans les formes prescrites, le juge ou la personne qu'il aura mandatée à cet effet peut avoir accès aux informations concernant une personne hospitalisée ou ayant été hospitalisée. Toutefois, cette procédure judiciaire n'est pas de nature à entraîner la levée des anonymats garantis par la loi.

La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées. Elle a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé.

L'accès des journalistes, photographes, démarcheurs publicitaires et représentants de commerce auprès des personnes hospitalisées ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès des personnes concernées, dans la limite du respect des autres patients et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement. Cet accès doit être utilisé avec mesure afin d'éviter tout abus de l'éventuelle vulnérabilité des patients.

Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que sa présence ne soit pas divulguée. La personne hospitalisée peut, dans la limite du respect des autres patients et de l'espace de sa chambre, apporter des effets personnels. Le régime de responsabilité, en cas de perte, vol ou détérioration de ces objets ainsi que des objets autorisés à être déposés, est défini par la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et ses textes d'application (cf. articles L.1113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R.1113-9 du code de la santé publique).

Tout enfant hospitalisé dans un service de pédiatrie doit pouvoir bénéficier de la visite de son père, de sa mère ou de toute autre personne s'occupant habituellement de lui, quelle que soit l'heure, y compris la nuit, pour autant que la présence du visiteur n'expose ni lui-même, ni l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant

Toutes les informations à caractère médical formalisées sont intégrées dans **le dossier médical**. Ces informations sont accessibles à la personne hospitalisée (dans certaines conditions, à ses représentants légaux ou, en cas de décès, à ses ayants droit), à l'exclusion toutefois de celles qui concernent des tiers ou mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers. L'accès de la personne à ces informations peut s'effectuer directement, si elle le souhaite, ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet. Dans l'hypothèse où la personne souhaite consulter son dossier médical sur place, elle peut bénéficier gratuitement d'un accompagnement médical proposé par l'établissement. Les autres conditions de cet accès, notamment celles concernant les personnes mineures et, à titre exceptionnel, celles concernant les personnes hospitalisées sans leur consentement, sont précisées dans le livret d'accueil mentionné à l'article L.1112-2 du code de la santé publique.

Toute personne accueillie a accès, sur sa demande, aux informations la concernant et contenues dans les fichiers informatiques de l'établissement, en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans les établissements assurant le service public hospitalier, l'usager a un droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1978 modifiée. Il en fait la demande auprès du représentant légal de l'établissement. En cas de refus exprès ou tacite de celui-ci, il peut solliciter l'avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA – 35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS - www.cada.fr).

La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil

Lndépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient, une personne hospitalisée peut faire part de ses observations directement au représentant légal de l'établissement de santé. Dans chaque établissement,

une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes malades et de leurs proches. Cette commission veille notamment à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement. La liste des membres de la commission (parmi lesquels on compte, notamment, deux représentants des usagers, un médiateur médecin et un médiateur non médecin) ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les plaintes et réclamations sont précisées dans le livret d'accueil.

Une personne hospitalisée (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également s'adresser à **la commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales**, dans le ressort de laquelle se situe l'établissement de santé concerné. Les coordonnées de la commission compétente sont mentionnées dans le livret d'accueil.

Dans sa formation de conciliation, cette commission peut être saisie, par lettre recommandée avec avis de réception :

- > de toute contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé (article L.1114-4 du code de la santé publique) ;
- > de tout litige ou de toute difficulté entre le malade ou l'utilisateur du système de santé et l'établissement de santé, né à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (articles L.1142-5 et R.1142-19 et suivants du même code).

La commission a la possibilité soit de mener la conciliation elle-même, soit de la déléguer à l'un de ses membres ou à un médiateur extérieur. Un document est établi en cas de conciliation totale ou partielle.

Dans sa formation de règlement amiable, cette commission peut être saisie par le malade (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit), lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important⁽³⁾ et que l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins à l'origine du dommage est postérieur au 4 septembre 2001. Pour toute information sur les conditions d'accès au dispositif d'indemnisation, consulter le site www.oniam.fr ou appeler – au coût d'une communication locale – le 0810 600 160 (numéro azur), du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.

Le malade estimant avoir subi un préjudice (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également, et même, s'il le souhaite, simultanément à la procédure devant la commission ci-dessus, exercer **un recours devant les tribunaux**. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Selon que les faits incriminés sont survenus dans un établissement de santé public ou privé, c'est la juridiction administrative ou judiciaire qui est compétente.

Dans tous les cas, **les actions** tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés, à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, **se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage**.

En ce qui concerne les affaires relevant des tribunaux administratifs - et elles seules - il est nécessaire, **préalablement à tout recours devant le juge administratif**, de formuler, auprès de l'administration concernée, une demande d'indemnisation pour préjudice (sous forme d'une requête amiable).

(3) Ne sont en effet recevables que les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.



La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil

En cas de rejet de la demande, le requérant dispose d'un délai de deux mois pour saisir le tribunal administratif. Dans l'hypothèse d'un recours en dommages et intérêts, en cas d'absence de réponse de l'établissement dans les deux mois

suivant la demande (rejet implicite), le requérant n'est pas tenu par un délai, mais l'établissement pourra faire valoir la prescription décennale mentionnée ci-dessus.

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux

 1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

 2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

 3 L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

 4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

 5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

 6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

 7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

 8 La personne hospitalisée est traitée **avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

 9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

 10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

 11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

La liste des textes cités ci-après ne saurait être exhaustive. Elle a seulement pour objet de rappeler les principaux textes qui ont servi de référence à l'élaboration de la charte de la personne hospitalisée.

Les textes suivis du signe (*) sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

Les textes suivis du signe (**) sont accessibles sur le site internet : www.sante.gouv.fr

> Les codes

- Code pénal (*)
- Code civil (*)
- Code de la santé publique (*)
- Code de la sécurité sociale (*)
- Code de l'action sociale et des familles et aide sociale (*)
- Code général des collectivités territoriales (*) (et, notamment, ses articles L.2223-39, R.2223-76, R.2223-79 et R.2223-91)

> Les lois non codifiées

- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 **modifiée** relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (*)
- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 **modifiée** portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal (*)
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 **modifiée** relative aux droits et obligations des fonctionnaires (*)

> Les chartes

- Charte de l'enfant hospitalisé signée par les associations européennes en 1988 www.invivo.net/adarpef/article.php3?id_article=5

- Charte de l'utilisateur en santé mentale du 8 décembre 2000 www.fnapsy.org/?page=charte
- Charte des associations de bénévoles à l'hôpital du 29 mai 1991 www.ap-hop-paris.fr/site/benevolat/charte.htm
- Charte d'accueil des familles de victimes de la violence routière dans les établissements de santé www.famille.gouv.fr/dossiers/violences_rout/charte.htm
- Charte Marianne (**)
- Charte sociale européenne www.coe.int

> Les textes réglementaires non codifiés

Textes relatifs à la prise en charge dans les établissements de santé

- Arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé (JO n°9 du 11 janvier 1997, p. 496 (**))
- Circulaires DH/DAS n° 93-33 du 17 septembre 1993 (BO 93/42) et n° 95-08 du 21 mars 1995 (BO 95/16) relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- Circulaire DH/AF1/97/n°29 du 17 janvier 1997 de mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L.710-1-1 du code de la santé publique (article L.1112-2 nouveau de ce même code) (BO 97/5)
- Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (BO 99/1) (**)

- Circulaire N° DH/AF1/99/18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé (**)
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (**)
- Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type (BO 2004/43) (**)

Textes relatifs aux soins

- Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques (BO 94/5)
- Circulaire DGS/SQ2/DH/EO4 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (BO 98/9) (**)
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (BO 2002/12) (**)
- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé (BO 2002/21) (**)

Textes relatifs à l'information de la personne hospitalisée et de ses proches

- Recommandations pour la pratique clinique « Information des patients, recommandations destinées aux médecins », ANAES, mars 2000 www.anaes.fr/
- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (BO 2001/3) (**)

- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé (BO 2004/6) (**)
- Arrêté du 9 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 19 avril 1994 fixant la liste des instances mentionnées à l'article L.225-8 du code du travail, relatif au congé de représentation en faveur des associations relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville

Textes relatifs à l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux

- Arrêté du 1^{er} octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant de frais de copie d'un document administratif (JO n° 228 du 2 octobre 2001) (*)
- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (JO n° 65 du 17 mars 2004) (*)

Textes relatifs au consentement spécifique pour certains actes

- Arrêté du 27 novembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO du 17 janvier 1992) (*)
- Arrêté du 22 décembre 2003 modifiant l'arrêté du 27 décembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers (JO n° 38 du 14 février 2004) (*)

- Circulaire n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du virus immunodéficience humaine auprès des malades hospitalisés (BO 87/46)
- Circulaire DGS/DHOS/ n° 2001-467 du 28 septembre 2001, relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (BO 2001/43) (**)

Texte relatif à la liberté individuelle

- Circulaire DGS/SP n° 48 du 9 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux (BO 93/35)

Texte relatif au respect de la personne et de son intimité

- Circulaire n° DHOS/G/2005/n° 57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé (BO 2005/2) (**)

Textes relatifs au droit à la vie privée et à la confidentialité

- Circulaire DGS/DH n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (BO, fascicule spécial 83/9 bis)
- Circulaire DH/EO3/98 n° 688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie (BO 98/50) (**)
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO 2003/20) (**)
- Circulaire DHOS/SDO2003/238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences (BO 2003/26) (**)
- Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS/2004/21 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent (BO 2004/52) (**)



Index

- accès – pages 3, 4, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 20, 21
accident – page 17
accompagnement – pages 3, 4, 5, 16, 21
accueil – pages 1, 3, 4, 5, 14, 16, 17, 19, 20, 22
administratif – pages 16, 17, 18, 20, 21
administrative – pages 4, 14, 15, 17, 19
admission – pages 3, 5, 8, 13
agence de la biomédecine – page 9
agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) – page 11
aide médicale – page 3
alternative – pages 6, 11
amiable – pages 17, 19
anonymat – page 15
arrêt – page 17
arrêté – pages 1, 20, 21
assistance éducative – page
assistance médicale à la procréation – page 9
assistante sociale – page 4
association – pages 3, 11, 20, 21
assurance maladie – pages 3, 6
attestation – page 13
autorité parentale – pages 8, 9
avis – pages 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17
ayants droit – pages 6, 16, 17, 19
bénéfice – pages 5, 9, 11, 12, 19
bénévole – pages 5, 14, 20, 21
biomédicale – pages 11, 12, 19
blessés – page 5
commission d'accès aux documents administratifs (CADA) – page 16
cellule – pages 9, 10
cellules hématopoïétiques – page 9
chambre – page 15
chambre funéraire – page 5
chambre mortuaire – page 5
charte – pages 19, 20
choisir – pages 3, 19
circulaire – pages 1, 5, 10, 20, 21, 22
comités de protection des personnes – page 11
commission – pages 16, 17, 19
communication – pages 3, 6, 11, 12, 15, 17
communiquer – page 13
compétence – page 6
compréhension – pages 3, 6
conciliation – page 17
connaissances scientifiques – pages 5, 7
consentement – pages 3, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 21
consolidation – page 17
consultation – pages 1, 7, 14
continuité des soins – pages 5, 15
contrat d'engagement contre la douleur – pages 1, 5
convaincre – page 7
convention – pages 3, 21
conviction – page 14
cousin germain – page 9
cousine germaine – page 9
croyance – pages 14, 19
commission des relations avec les usagers (CRU) – page 17
curatelle – pages 10, 11
curatif – page 5
danger – pages 7, 8, 13
décennale – page 18
décès – pages 5, 6, 9, 16, 17, 19
décret – page 1
défunt – pages 5, 6
délai – pages 1, 5, 7, 10, 14, 18
démarcheur – page 15
dépistage – pages 10, 19, 22
dépouille – page 5
détention – page 13
détérioration – page 15
diagnostic – pages 5, 6, 7, 9, 11, 17
diagnostic prénatal – page 9
dignité – page 7
directeur – pages 5, 15
directives anticipées – pages 7, 8, 19
discrimination – page 3
document – pages 1, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 21
dommage – pages 17, 18
donnée – pages 6, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 19
données nominatives – page 12
dossier médical – pages 7, 8, 16
douleur – pages 1, 5, 7, 19, 21
éclairé – pages 7, 9
éducation – page 6
égards – pages 14, 19
enfant – pages 3, 4, 5, 8, 15, 20, 22
exprès – pages 15, 16
famille – pages 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 20, 21
femmes enceintes – pages 5, 11
fichier – pages 12, 16, 20
fin de vie – pages 5, 7, 8, 19
formation – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21
frais de séjour – pages 5, 6
frère – page 9
griefs – pages 17, 19
handicap – pages 3, 10, 19
hébergement – page 5
impossibilité – pages 6, 7, 8, 9, 10
indemnisation – pages 12, 17
information – pages 4, 6, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21

- informatique – pages 10, 12, 16, 20
 informer – pages 6, 7
 intégrité corporelle – pages 7, 8
 intérêt – pages 10, 18
 interprète – pages 1, 3
 interruption – pages 7, 9, 10, 11, 22
 interruption volontaire de grossesse – pages 9, 22
 intimité – pages 14, 15, 19, 22
 investigation – pages 5, 6, 7
 journaliste – page 15
 juge aux affaires familiales – page 8
 juge des tutelles – pages 8, 10
 juridiction – page 17
 lait – page 10
 liberté – pages 12, 13, 14, 20, 22
 libre – pages 3, 7, 8, 10, 19
 libre choix – page 3
 limitation – page 7
 livret d'accueil – pages 1, 3, 16, 17, 20
 loi – pages 1, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22
 loyal – pages 6, 19
 majeur – pages 6, 8, 9, 10, 11, 13, 19
 maladies contagieuses – page 15
 médecin investigateur – page 11
 médecin traitant – pages 8, 11
 mère – pages 11, 15
 mineur – pages 6, 8, 9, 11, 13, 16
 moelle osseuse – page 9
 mort – pages 5, 6
 neveu – page 9
 nièce – page 9
 nuisances – page 14
 oncle – page 9
 opposition – pages 6, 9
 organe – pages 9, 10
 palliatif – pages 5, 7, 21
 père – page 15
 permanence d'accès aux soins de santé – page 4
 personne de confiance – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11
 personne démunie – pages 3, 19, 20
 personne détenue – page 13
 photographe – page 15
 précarité – page 4
 préjudice – pages 17, 19
 prélèvement – pages 9, 10
 prescription – pages 14, 18
 prévention – pages 4, 5, 6, 7, 17
 procédure collégiale – page 17
 procédure judiciaire – page 15
 proche – pages 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 21
 procureur de la République – pages 8, 9
 produit du corps humain – pages 9, 19
 pronostic – pages 4, 6, 7
 prosélytisme – page 14
 protection – pages 9, 10, 11, 13
 protocole – pages 9, 10
 psychologique – pages 5, 6
 qualité – pages 1, 5, 11, 14, 17, 19
 questionnaire de sortie – pages 1, 17
 recherche – pages 9, 10, 11, 12, 19
 recours – pages 3, 17, 18
 réflexion – page 10
 refus – pages 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 19
 règlement amiable – pages 17, 19
 règlement intérieur – page 1
 réitéré – page 10
 religion – pages 3, 14
 remboursement – pages 3, 6
 rémunération – page 12
 représentant – pages 6, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 19
 représentant légal – pages 8, 9, 16, 17
 représentants légaux – pages 6, 16, 17, 19
 responsabilité – pages 15, 17
 révocable – pages 8, 9
 rites funéraires – page 14
 risque – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 19
 secret – pages 6, 8, 9, 15
 secret médical – page 6
 sœur – page 9
 soin – pages 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 20, 21
 sortie – pages 1, 13, 17
 souffrance – pages 5, 7
 sperme – page 10
 stérilisation – page 10
 suivi scolaire – page 3
 surveillance – page 5
 tante – page 9
 tiers – pages 6, 8, 13, 16
 tissu – pages 9, 10
 toilette – page 14
 traitement – pages 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21
 transmission – page 6
 transport – page 5
 tribunal administratif – page 18
 tribunal de grande instance – page 9
 tribunaux – pages 17, 19
 troubles mentaux – pages 3, 13, 22
 tutelle – pages 6, 8, 10, 11
 tuteur – page 8
 urgence – pages 1, 3, 6, 7, 9, 11, 19, 21, 22
 vie – pages 5, 7, 8, 10, 15, 19, 22
 vie digne – pages 5, 19
 vie privée – pages 10, 15, 19, 22
 virus – pages 10, 22
 visiteur – pages 14, 15
 volonté – pages 5, 6, 7, 8, 10, 11
 vulnérabilité – page 15





**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

[Accueil](#) > [Ministère](#) > [Documentation et publications officielles](#) > [Rapports](#) > [Famille-enfance](#) >

Charte du respect de la personne endeuillée

Charte du respect de la personne endeuillée

publié le : **24.10.12**



Familles | Rapport | Santé | Social, Solidarités

Chaque année en France, de nombreuses familles sont touchées par la perte d'un parent ou d'un proche.

Vivre un tel événement est une épreuve douloureuse que doivent surmonter famille et proches du défunt.

Les personnes touchées par le deuil doivent pouvoir bénéficier d'une attention particulière de la part des entreprises privées ou publiques, des enseignes commerciales prestataires, des établissements sanitaires et médico-sociaux, des communes, des organismes, des associations ou administrations concernées et, de façon générale, de la part de tous les personnels et interlocuteurs mobilisés tout au long de cette période.

La charte de l'endeuillé constitue pour le prestataire ou l'administration interlocuteur des familles un engagement à développer une attention en adéquation avec le vécu des personnes en deuil.

Au-delà des entreprises funéraires, il s'agit, avec le concours de l'Office français de prévoyance funéraire (OPFP), d'élargir à d'autres types d'entreprises publiques ou privées la possibilité de s'engager pour faciliter la vie des familles dans ces moments déjà difficiles comme : un accueil emprunt d'humanité, des facilités administratives, des gestes de solidarité, des tarifs spécifiques lorsque cela s'avère nécessaire ou tout autre engagement participant d'un accompagnement personnalisé de la famille endeuillée.

Issuu est désactivé. [Autoriser](#)

A consulter

- ▶ [Charte](#)
- ▶ [Entreprises signataires](#)

Ce site utilise des cookies afin de vous proposer des vidéos, des boutons de partage, des remontées de contenus de plateformes sociales et des contenus animés et interactifs.

✓ Tout accepter ✕ Tout refuser Personnaliser



COUR D'APPEL D'AGEN
TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CAHORS
PARQUET DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Dispositif EMILE

Vu l'article 41 dernier alinéa du code de procédure pénale

en hommage au jeune Emile Bregeon dont les parents ont dû faire face à nombre de difficultés dans le temps de l'enquête judiciaire, un protocole d'accompagnement des familles de victimes dans le cadre d'une enquête judiciaire est passé

entre

le parquet de Cahors, représenté par le procureur de la République,
le directeur départemental de la sécurité publique
le colonel commandant le groupement de gendarmerie du Lot
d'une part

et

l'ALAVI,
le barreau du Lot,

d'autre part

tendant à définir la typologie des informations auxquelles peuvent prétendre légitimement les proches de mineurs victimes d'une mort suspecte dans le temps de l'enquête ou de l'information judiciaire. Ce dispositif se distingue du protocole classique de prise en charge des victimes gravement traumatisées en ce qu'il est apparu, à l'occasion du drame survenu au jeune Emile BREGEON, que ses proches avaient été contraints, en sus de leur chagrin, de surmonter divers obstacles pour obtenir des informations sur le devenir de la procédure comme sur les actes d'enquête intrusifs réalisés sur leur enfant.

Ce protocole a été élaboré grâce notamment à la participation de madame CONSTENSOU et monsieur BREGEON.

I. L'accompagnement des familles dès le début de l'enquête

A. Prise en charge

1. saisine de l'ALAVI par le parquet

Le procureur de la République délivre des directives permanentes aux services d'enquête afin que ceux-ci, lorsqu'ils interviennent dans le cadre du décès constaté d'un mineur avec obstacle médico-légal, communiquent immédiatement les coordonnées de l'ALAVI aux représentants légaux.

Le parquet saisit *ab initio* l'ALAVI, sans préjudice pour la famille de refuser ce soutien. L'ALAVI prend attache avec la famille dans les plus brefs délais.

Le but recherché est une prise de contact la plus rapide possible avec la famille, afin :

- d'établir le contact avec les membres de la famille (ascendants, tuteurs, collatéraux)
- leur proposer une prise en charge qui se traduira par l'écoute, l'information sur les droits, le soutien psychologique, l'accompagnement dans les démarches à caractère social, administratifs et juridiques l'orientation vers d'autres professionnels spécialisés (avocats, services sociaux, assurances...)

La prise de contact par l'ALAVI est distincte des auditions et actes utiles à la manifestation de la vérité dont sont en charge les enquêteurs.

B. La diffusion d'informations relatives au processus judiciaire

1. Transmission à la famille des coordonnées utiles (ordre des avocats notamment)
2. Communication de plaquettes sur le processus judiciaire

Le parquet délivre à l'ALAVI des plaquettes de vulgarisation élaborées par ses soins qui expliquent le déroulement d'une enquête judiciaire relatives à :

- ce qu'est la médecine légale, à quoi sert une autopsie, quelles en sont les suites
- ce que signifie le secret de l'enquête
- quelles sont les compétences du procureur de la République

II. L'entremise de l'ALAVI avec les services d'enquête et les supports techniques

L'ALAVI sera l'interlocuteur direct des enquêteurs afin de renseigner au plus près des actes en cours la famille de la victime, sans préjudicier au secret de l'enquête auquel les enquêteurs sont naturellement soumis.

Si la famille est assistée d'un avocat celui-ci sera aussi destinataire de l'ensemble des informations données.

Ainsi l'ALAVI pourra, après concertation avec le parquet :

- faire connaître à la famille dans quel IML le corps est conduit, à quelles fins (examen de corps ou autopsie dans un premier temps)
- indiquer à la famille quelles sont les démarches envisagées (exemple : prélèvement d'organes pour recherches complémentaires, du type anatomopathologie)
- renseigner la famille sur la date à laquelle elle pourra récupérer le corps aux fins d'inhumation
- expliquer pourquoi le parquet s'oppose le cas échéant à une crémation
- expliquer les démarches (demande écrite de la famille au Procureur de la République ou enquêteur) et déroulement de restitution des pièces anatomiques.

III. La restitution des résultats de l'enquête

A. En cas de classement sans suite

L'ALAVI sera chargée de notifier et d'expliquer la décision de classement

B. En cas de poursuite des investigations après restitution du corps du défunt

Le procureur de la République ou tout magistrat du parquet désigné par lui recevra la famille proche (parents, fratrie) afin d'expliquer les suites judiciaires (ouverture d'information judiciaire, convocation du ou des mis en cause devant le tribunal, selon quelles qualifications...)

C. En cas d'ouverture d'information judiciaire

Au titre de l'article 11 du code de procédure pénale, et en accord avec le magistrat instructeur (pôle de l'instruction ou infra-pôle), le procureur de la République de Cahors tiendra la famille informée des actes importants diligentés dans le cadre de l'information [et pour lesquels une information obligatoire ne serait pas prévue par les textes] et de la durée prévisible de l'information.

Fait au parquet de Cahors, le

Le président de l'ALAVI 46

Le bâtonnier de l'Ordre

Mustafa Yassfy

Christian Calonne

le directeur départemental
de la sécurité publique du LOT

Le colonel, commandant le groupement
de Gendarmerie du LOT

Véronique Jacob

Dany Drouet

Le procureur de la République

Frédéric ALMENDROS

Dispositif EMILE

information des proches d'une victime mineure sur **le processus d'enquête**

Qu'est ce qu'un obstacle médico-légal?

C'est une décision prise par un médecin qui ne peut pas se prononcer tout de suite sur les causes du décès, sans que des vérifications médicales ou médico-légales n'aient lieu.

Le terme médico-légal correspond à des examens médicaux faits sur une personne afin de déterminer les causes de ses blessures ou de son décès, mais aussi à des examens de police technique et scientifique (exemple : relevé de traces de poudre d'arme à feu sur les mains pour confirmer ou écarter la thèse du suicide)

Que signifie procéder à la levée de corps?

La levée de corps est l'action par laquelle les secours ou les pompes funèbres accompagnent le corps soit vers la chambre funéraire, soit vers l'institut médico-légal aux fins d'examens complémentaires.

Pourquoi ne pouvons-nous pas récupérer le corps de notre proche immédiatement?

Parce que le procureur estime qu'il faut rechercher les causes du décès en faisant pratiquer soit à un examen de corps par le médecin-légiste, soit si cet examen ne suffit pas, en faisant procéder à une autopsie.

A l'issue de l'autopsie il peut s'avérer nécessaire que des organes du défunt soient prélevés pour examens complémentaires. Les examens d'anatomopathologie notamment, qui permettent d'approfondir les recherches des causes de la mort, permettent de vérifier s'il y a eu empoisonnement ('examen du bol alimentaire'), s'il y avait une malformation pouvant être à l'origine du décès (malformation cardiaque compatible avec un décès subit sans cause apparente...)

Qu'est ce que le secret de l'enquête, qui y est astreint?

Les personnes qui concourent à la manifestation de la vérité ne sont pas toutes tenues de ne rien révéler de ce qu'elles ont connaissance. Sont tenus au secret de l'enquête, c'est à dire qu'ils ne peuvent pas parler de l'avancée des investigations, les enquêteurs, le juge d'instruction, les experts, .

Le procureur de la République est la seule personne habilitée par le code de procédure pénale à communiquer des éléments des actes "dans l'intérêt de l'enquête". Il peut ainsi ordonner la diffusion d'un portrait robot d'une personne recherchée, expliquer l'avancée des actes à la famille, donner des informations à la presse si cela peut aider des témoins à se manifester...

Dispositif EMILE

information des proches d'une victime mineure sur [l'organisation judiciaire](#)

Le procureur de la République

C'est un magistrat (comme les juges), qui au lieu de juger les faits va apprécier s'il faut les faire juger ou non par un juge pénal.

Pour cela il dirige la police judiciaire (police nationale et gendarmerie nationale) .

Il est informé dès le début d'une enquête et donne ses directives.

C'est lui qui décide s'il faut procéder à des examens sur le corps de la personne blessée ou décédée parce que les premières constatations ne permettent pas de savoir exactement ce qui s'est passé.

Il doit aussi s'assurer qu'un décès qui pourrait paraître accidentel n'est pas en réalité un crime.

Pour cela il va parfois être dans l'obligation de faire procéder sur le corps du défunt à des examens dont il ne peut pas tenir la famille informée car ne sachant pas ce qui s'est passé, il doit envisager toutes les hypothèses.

Lorsqu'il estime qu'il n'y a plus d'investigations à réaliser sur le corps de la personne (en lien avec le médecin légiste) il autorise la restitution de celui-ci à la famille, et peut s'opposer à la crémation selon les cas.

A l'issue de l'enquête le procureur décide soit de classer le dossier sans suite (si l'enquête conclut au suicide par exemple), soit de continuer les recherches en saisissant un juge d'instruction (ce qui est obligatoire si le procureur suspecte qu'il s'agit d'un crime). Si le procureur pense qu'il s'agit d'un délit (exemple : homicide involontaire) il peut aussi confier la suite des actes au juge d'instruction. Cela s'appelle l'ouverture d'une [information judiciaire](#).

Le juge d'instruction

Il va enquêter à charge et à décharge, soit contre "x", c'est à dire lorsque l'enquête initiale n'a pas permis d'identifier un ou des mis en cause , soit contre personne dénommée (lorsque le procureur estime avoir suffisamment d'éléments contre une personne pour la faire mettre en examen, ce qui ne signifie pas à ce stade qu'elle est coupable).

L'information judiciaire peut être longue car le juge n'agit pas toujours lui-même mais délivre des "*commissions rogatoires*" aux forces de l'ordre pour qu'elles enquêtent. C'est lui qui décide s'il doit mettre quelqu'un en examen, faire procéder à des expertises (balistique, psychiatrique...) Et quand il estime avoir fini son enquête il demande son avis au procureur sur les suites à donner, avant de prononcer soit un non lieu (pas d'éléments suffisants), soit pour envoyer quelqu'un devant la cour d'assises s'il s'agit d'un crime ou devant le tribunal correctionnel s'il s'agit d'un délit).

Les experts

Un expert est une personne qui dispose d'une connaissance fine d'un domaine de compétence et qui a prêté serment devant le premier président de la cour d'appel d'apporter son concours à la Justice avec toute l'objectivité nécessaire.

Il ne se prononce que sur les éléments du dossier et émet des hypothèses ou pose des affirmations techniques (exemple : l'angle de tir est de X°, la distance de Y mètres).

Il existe des catégories d'experts pour la plupart des corps de métiers, dont les plus fréquemment requis en matière de décès sont:

[Le médecin légiste](#), qui se prononce sur les causes de blessures ou d'un décès, qui fixe l'incapacité qui résulte de blessures

[L'anatomopathologiste](#), médecin spécialiste qui va à partir d'examens avancés affiner les causes d'un décès (tel type de poison, tel antécédent médical, tel symptôme qui explique le décès, comme un AVC qui ne peut être détecté à l'autopsie)

[L'expert en balistique](#), qui va dire si tel projectile ou telle arme a été utilisé, quel est l'angle du ou des tirs ou des coups (couteau...), si ses constatations sont compatibles avec la version donnée par un mis en cause, un témoin ou une victime...

[L'expert automobile](#), qui va pouvoir se prononcer sur la vitesse du ou des véhicules impliqués, des anomalies (compteur de vitesse bloqué, éclairage ou freins défectueux ...) ou une incompatibilité entre les versions des personnes entendues et la matérialité de l'accident...

[L'expert psychiatre](#), médecin, qui va se prononcer sur l'état mental de la personne auscultée et sur son degré de responsabilité pénale (altération ou abolition du discernement ou, au contraire, totale lucidité)

[l'expert psychologue](#), qui n'est pas un médecin, et qui va retracer le parcours de vie de la personne auscultée, et en tirer des conclusions qui pourront permettre d'expliquer certains éléments du dossier

Officier de liaison et d'accompagnement des familles (OLAF)



Enquêtes criminelles

Catastrophe

Accident grave

Désigné par le directeur d'enquête ou l'officier de permanence prioritairement parmi les personnels de la MCPF

Faire l'interface entre la famille et les enquêteurs

Accueillir dans un lieu distant de celui de l'enquête et dans un cadre adapté les familles et victimes

Expliquer de manière simple les étapes procédurales à venir et formalités urgentes à accomplir par la famille

Conseiller utilement ses familles, dans le respect du besoin et du droit d'en connaître



L'OLAF...

... quel que soit son cadre d'action, il veille particulièrement au respect des dispositions des articles 11 du CPP relative au secret de l'enquête et 226-13 relative au secret professionnel



... met à disposition de ses interlocuteurs ses coordonnées y compris à l'aide de carte de visite mentionnant sa qualité d'officier de liaison et d'accompagnement des familles



Dans le cadre des enquêtes judiciaires complexes

... est placé naturellement sous l'autorité du directeur d'enquête pour apporter si besoin toutes les informations utiles à l'enquête en provenance des familles



Dans le cadre de catastrophes

... positionne son champ d'action sous l'égide de la cellule ante-mortem armée par l'UGIVC, UPIVC ou l'UNIVC et de l'officier de liaison famille de l'IRCGN



Quand sa mission prend fin à la clôture de l'enquête

... informe la famille et l'oriente, après autorisation du directeur d'enquête, vers d'autres sources de soutien et d'accompagnement institutionnels ou associatifs

Annoncer une mauvaise nouvelle

Ce texte a pour objectif d'aider les professionnels à améliorer leurs pratiques pour mieux répondre aux attentes des patients.

Sommaire

Sommaire	2
Introduction.....	3
Points de repère	4
I. Introduction.....	4
II. Annoncer, informer pour quoi faire ? ⁽¹⁾	4
III. Retentissement de l'annonce	5
III.1. Un effet traumatique.....	5
III.2. Comment le patient se défend.....	5
IV. Écueils et risques évitables	7
V. Le point de vue du médecin	7
V.1. Les difficultés qu'il peut rencontrer.....	7
V.2. Les mécanismes de défense des soignants ⁽⁵⁾	8
VI. En pratique.....	9
VI.1. Le temps	9
VI.2. L'Écoute.....	9
VI.3. Les mots choisis.....	10
VI.4. Le suivi de l'annonce ⁽¹⁰⁾	11
Des questions permettant au professionnel de mieux aborder l'annonce.....	12
I. Questions à se poser avant la rencontre avec le patient	12
II. Des informations à obtenir lors de la rencontre avec le patient	13
III. Quelques suggestions.....	13
III.1. Pour obtenir l'information	13
III.2. Pour la donner.....	13
IV. Questions à se poser en fin de consultation	14
V. Conditions matérielles minimum de la consultation d'annonce	14
Illustration de situations particulières.....	15
Annonce de la maladie d'Alzheimer Dr Laurence Luquel, Dr Daniel Dreuil	15
Annonce d'un cancer Dr Fadila Farsi, Mme Roselyne Thiéry-Bajolet.....	17
Annonce du diagnostic d'une maladie génétique : la maladie de Huntington Dr Alexandra Dür, Mme Marcela Gargiulo.....	20
L'annonce d'une maladie neuromusculaire à l'enfant Mme Marcela Gargiulo	23
L'annonce à l'enfant de la maladie d'un parent, d'un proche Dr Isabelle Moley-Massol	28
Remerciements.....	31
Remerciements.....	31
Références bibliographiques	33
Pour en savoir plus	34

Introduction

« Il n'existe pas de "bonnes" façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres » ⁽¹⁾

Annoncer une mauvaise nouvelle est toujours difficile, que l'on se place du côté du soignant qui reçoit un patient et doit la lui annoncer ou du côté du patient qui la reçoit. Cette annonce va changer radicalement le cours de la vie du patient et sa perception de l'avenir. La difficulté que les professionnels de santé peuvent ressentir pour l'annoncer est liée à cet état de fait, il est toujours difficile de dire à une personne que ses projets de vie sont remis en cause.

Nous sommes convenus, avec les membres du groupe de travail, de considérer que l'annonce d'une mauvaise nouvelle était un processus continu tout au long de la prise en charge des patients et concernait tous les professionnels impliqués dans cette prise en charge.

Ce document a pour objectif de :

- donner aux professionnels des points de repère concernant les patients et eux-mêmes afin de mieux comprendre les difficultés que le professionnel peut ressentir lorsqu'il doit faire cette annonce ;
- proposer des questions que le professionnel pourrait se poser avant de recevoir un patient ou des informations à rechercher auprès de lui, en vue d'évaluer/améliorer ses pratiques ;
- illustrer notre propos par une présentation de quelques situations particulières d'annonce.

Le terme médecin est parfois employé dans le document, il peut s'entendre comme professionnel. Si nous avons utilisé ce terme dans certains cas c'est que le médecin a un rôle particulier dans le processus d'annonce, il est le premier à annoncer.

Points de repère

Il n'y a pas une annonce, mais une succession d'annonces, tout au long de la prise en charge, au rythme des patients, à laquelle participe chaque professionnel d'une équipe.

I. Introduction

Qu'est-ce qu'une mauvaise nouvelle ?

Une *mauvaise nouvelle* est « une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son (...) être et de son (...) avenir ». ⁽²⁾

Elle ne concerne pas uniquement un diagnostic, mais aussi les conséquences possibles de la maladie ou des traitements, à type, par exemple, de handicap ou de déficience. Elle peut être ressentie comme une condamnation à mort, mais aussi une condamnation à mal vivre. Elle peut être certaine ou possible, immédiate ou future. Elle peut également poser la question de la transmission génétique aux descendants, d'une probabilité d'atteinte d'autres membres de la famille, de la contamination d'autrui. Elle reste néanmoins subjective, intimement liée à l'histoire du patient. La perception de ce qu'est une mauvaise nouvelle peut donc être différente entre le médecin et le patient. La perception qu'en a le médecin est parfois éloignée de celle qu'en a le patient : « Essentiellement individuelle, la réaction à la maladie est imprévisible et mouvante, à la fois dépendante et détachée de la sévérité de l'affection (...) l'histoire personnelle du sujet influence la façon dont la maladie est reçue, vécue, intégrée » ⁽¹⁾.

Si la mauvaise nouvelle concerne le patient par la modification radicale du cours de sa vie, les difficultés du médecin face à l'annonce d'une telle nouvelle doivent également être explorées. Il s'agit de la difficulté à dire pour le médecin.

Il doit pouvoir proposer tout type d'aide au patient en élargissant le champ du strictement médical à l'ensemble de la sphère médico-sociale.

II. Annoncer, informer pour quoi faire ? ⁽¹⁾

Annoncer c'est « communiquer », « faire savoir » que quelque chose existe et/ou va se produire. Ce n'est pas seulement informer, ni même « faire comprendre », mais c'est transmettre quelque chose de complexe et d'élaboré. Les patients ne sont pas nécessairement familiers avec le savoir dont dispose le médecin. Annoncer, c'est cheminer avec un patient vers la connaissance qui le concerne.

Les annonces, tout au long du processus d'accompagnement, doivent donc permettre aux professionnels de donner au patient les informations dont il a besoin. Le médecin a un rôle particulier dans ce processus puisqu'il est souvent le premier à annoncer le diagnostic.

L'annonce revient à définir une perspective pour le patient, elle a un effet structurant quand elle est adaptée.

« Personne ne contestera que ce qui est terrible et connu vaut toujours mieux que ce qui est terrible et inconnu. Dans les vieilles formules magiques, le diable est souvent conjuré parce qu'il dit son nom. »⁽³⁾

L'annonce « met aussi un terme à une période d'incertitude, coupe court aux suppositions et interprétations erronées ». ⁽⁴⁾ Elle permet de nommer la maladie.

L'annonce a un effet fondateur de la relation médecin-malade. Le patient a besoin d'un référent. Il va le choisir comme la personne qui lui a donné les éléments de réponse dont il avait besoin. « La qualité des liens futurs entre les personnes concernées et le médecin dépend beaucoup de la communication qui s'établit lors de la consultation d'annonce. »⁽⁴⁾

III. Retentissement de l'annonce

III.1. Un effet traumatique

Souvent l'émotion est tellement forte lors de la première annonce que le patient n'entend qu'une petite partie de ce qui est dit. On parle alors de sidération.

Lors de la consultation où est réalisée la première annonce, tout ne peut être abordé, le patient a besoin de temps.

Les différentes étapes du processus d'acceptation de la perte ou du deuil ont été décrites comme : le choc, la colère, la dénégation voire le déni, le marchandage, la dépression, l'acceptation. Le déroulement de ce processus n'est pas uniforme, il varie selon les personnalités et les situations. Mais ce qui est constant chez le patient, c'est le besoin d'être entendu, compris et accompagné à son rythme.

En fonction de son cheminement personnel, chaque patient a une aptitude particulière à intégrer les informations, c'est pourquoi elles devront lui être redonnées par les différents intervenants, à différents moments.

III.2. Comment le patient se défend

Quelques éléments pour comprendre les mécanismes de défense des patients :

- Ils ont une fonction de protection indispensable face à une situation vécue comme trop douloureuse.
- Ils ne sont pas une preuve de pathologie mais une tentative d'adaptation du psychisme face à l'angoisse, ils tendent à rendre l'information plus tolérable.
- Ils sont donc toujours à respecter.
- Ils sont inconscients.
- Ils se réorganisent en permanence, ils ne sont donc pas figés dans le temps.

- En revanche, ils peuvent susciter une incompréhension dans la relation entre soignant et patient. Il est donc nécessaire de les prendre en compte dans son positionnement face à un patient.

Le patient peut adopter une des attitudes de défense suivantes, il peut passer d'une attitude à une autre dans le temps⁽⁵⁾.

- **L'isolation** : la charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée.
Exemple : Mme A. reprend les explications précédemment fournies par le médecin, elle explique très clairement l'évolutivité de sa maladie et la mort inéluctable sans manifester aucune angoisse, comme si cela ne la concernait pas.
⇒ Ce mécanisme permet à Mme A. d'arriver à évoquer ce qui lui arrive sans s'effondrer.
- **Le déplacement** : la charge affective est déplacée d'une représentation sur une autre, généralement moins menaçante.
Exemple : Mme R. évoque sa difficulté à ne plus pouvoir marcher l'année dernière suite à une fracture de la jambe et ne revient jamais lors de l'entretien sur la tumeur cérébrale dont elle souffre et qui lui a fait perdre définitivement l'usage de ses jambes.
⇒ La situation qu'elle vit est trop angoissante pour Mme R. pour qu'elle puisse l'évoquer directement. Elle parvient malgré tout à parler de son angoisse face à la dépendance par un moyen détourné.
Savoir écouter pleinement sans émettre de jugement hâtif. Rester vigilant à ce que le patient évoque même si cela nous paraît n'avoir aucun rapport avec l'objet de l'entretien.
- **La projection agressive** : l'angoisse se trouve projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage, souvent le médecin ou l'équipe soignante.
Il est nécessaire dans de pareilles situations très difficiles pour les soignants d'essayer de ne pas se sentir personnellement mis en cause. Répondre sur une modalité défensive similaire ne pourrait qu'entraîner une majoration de la détresse du patient.
- **La régression** : permet au patient de ne plus avoir à assumer les événements mais de les laisser à la charge de l'autre.
Exemple : M. P., malgré les sollicitations du médecin, laisse son épouse répondre à toutes les questions le concernant.
⇒ Dans ce cas précis il serait très anxiogène de mettre le proche à l'écart et obliger le patient à affronter seul les événements qui le concernent.
- **Le déni** : le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit.
⇒ Le déni se met en place face à une angoisse massive que le patient est incapable de traiter et il est généralement partiel et transitoire. Il est nécessaire de laisser alors un peu de temps au patient.

IV. Écueils et risques évitables

Lors de l'annonce sont en présence un ou des soignants, le patient et éventuellement, à son initiative, un accompagnant.

L'annonce est un travail d'équipe dans lequel le médecin a un rôle spécifique. Il est préférable que le médecin qui réalise l'annonce soit expérimenté.

Les professionnels de santé partagent le « processus » de l'annonce et cette situation organisationnelle peut entraîner plusieurs écueils.

1. La dilution des responsabilités : le patient peut ressentir une absence d'annonce, un manque de référent, une dilution des responsabilités. Il peut considérer que les professionnels se « renvoient la balle » et avoir le sentiment d'une absence de soutien.
2. L'incohérence des messages transmis : il est important que, face au patient, la parole de l'équipe médicale et soignante soit cohérente.
3. Le retard à l'information : une information progressive ne doit pas signifier rétention d'information. Le rythme doit être adapté aux questions et aux besoins du patient.
4. L'oubli, lors de l'échange, de la principale personne concernée (enfant, personne âgée, handicapée) au profit des proches accompagnants : exemple pour l'enfant, annoncer d'abord aux parents, puis directement à l'enfant en présence des parents.

Quand un tiers receveur, accompagnant du patient, est impliqué, il est important de bien prendre en compte le soutien qu'il peut constituer pour le patient, mais aussi ses difficultés potentielles. Pour autant et dans tous les cas où un accompagnant est présent, il faut toujours permettre au patient de s'exprimer sans témoin dans le cadre d'un colloque singulier.

V. Le point de vue du médecin

« D'une manière générale, tous les médecins interrogés confirment que l'acte d'annoncer est un moment de solitude. »⁽⁶⁾

V.1. Les difficultés qu'il peut rencontrer

Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle le professionnel peut se trouver confronté à différents sentiments :

- « La peur de la maladie et la mort
- La peur d'être désapprouvé
- La peur de faire mal
- Le sentiment d'impuissance, le renoncement, accepter ses limites
- Le sentiment de culpabilité
- La peur de ne pas être à la hauteur
- La peur des réactions émotionnelles».⁽⁷⁾

L'annonce d'une maladie d'Alzheimer (MA), par exemple, « réveille en lui l'altération d'images parentales, sa propre crainte devant le vieillissement, ce type de maladie et la mort... Enfin, la MA, comme toute maladie incurable, place le médecin devant son impuissance. Elle le confronte à la gestion de manifestations psychocomportementales et familiales pour lesquelles il n'a pas reçu de formation adéquate et qui, de plus, demandent un temps qu'il lui est souvent difficile de consacrer.»⁽⁸⁾

V.2. Les mécanismes de défense des soignants⁽⁵⁾

Les médecins minimisent souvent la charge de leurs émotions personnelles lors de l'annonce. Or, les professionnels sont eux aussi soumis à l'angoisse de la situation de leurs patients et peuvent mettre en place des mécanismes de défense qu'il est utile de reconnaître.

- **L'identification projective** : mécanisme le plus fréquemment utilisé qui vise à attribuer à l'autre ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. Il permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient.
Exemple : Mme D. décide de confier son fils à sa mère à l'énoncé du diagnostic de sa maladie. Le soignant cherche immédiatement à l'en dissuader en lui expliquant la nécessité pour un enfant d'être auprès de sa mère sans chercher à saisir ce qui la pousse réellement à prendre cette décision.
⇒ Occulte totalement le vécu du patient. Risque de culpabilisation et donc de majoration de l'angoisse du patient qui ne se sentira pas mieux alors même qu'il a suivi les consignes données par le soignant.
- **La rationalisation** : discours hermétique et incompréhensible pour le patient.
⇒ Induit un échange sans réel dialogue avec le patient. Empêche le cheminement psychique du patient par rapport à ce qu'il vit.
- **La fausse réassurance** : le soignant va optimiser les résultats médicaux en entretenant un espoir artificiel chez le patient.
⇒ Elle arrive souvent en réponse à l'expression, par le patient, d'une angoisse que le soignant ne se sent pas capable d'entendre.
Elle produit donc un décalage entre le cheminement du patient et les propos du soignant et empêche ainsi la réalisation du travail psychique du patient.
- **La fuite en avant** : le soignant, soumis à une angoisse imminente, ne trouve pas de solution d'attente et se libère de son savoir, « il dit tout, tout de suite et se décharge de son fardeau.»⁽¹⁾
⇒ Ne prend absolument pas en compte la nécessité d'une information pas à pas pour que le patient puisse l'assimiler. Provoque la sidération du patient et empêche totalement le patient de cheminer face à ce qui lui arrive.

- **La banalisation**

Exemple : « Les cheveux ça repousse ! », face à une patiente terrifiée à l'idée des effets secondaires de la chimiothérapie.

⇒ Le soignant se focalise sur la maladie et met totalement de côté la souffrance psychique du patient. Le patient ne se sent pas entendu et peut avoir le sentiment qu'il n'y a pas de légitimité à ce qu'il ressent, ce qui majore son angoisse.

- **Le mensonge**^(1,9) : il a pour objectif de «préserver» le patient. En réalité, il préserve le médecin, et parfois la famille du malade, de la réaction du patient, telle qu'il l'imagine ou la redoute.

⇒ Ne tient pas compte de la demande du malade ni de ses ressources personnelles et l'empêche d'élaborer une représentation de sa maladie.

VI. En pratique

« Si aucune recette miracle n'existe pour annoncer une maladie grave, il y a des ingrédients indispensables que sont le temps, l'écoute et les mots choisis. »⁽⁷⁾

VI.1. Le temps

Il ne s'agit pas de préconiser une longueur optimale de la consultation... mais de parler plutôt de disponibilité.

Même si le créneau prévu doit être suffisamment long (pas de rendez-vous toutes les 10 minutes...), la durée de l'entretien doit être adaptée à la demande du patient :

- courte lorsqu'il est « sidéré » par la nouvelle et n'entend plus ou n'écoute plus (lui proposer alors un deuxième entretien) ;
- plus longue s'il pose des questions.

Quoi qu'il en soit, il faut respecter la liberté du patient, son rythme et sa personnalité.

VI.2. L'Écoute

L'écoute active est une réponse à l'impact traumatique. Écouter le patient, c'est l'aider à poser des questions, à exprimer des émotions.

Si les patients ne posent pas de questions, cela ne signifie pas toujours qu'ils ne veulent pas savoir, mais parfois ils ne savent ni comment les formuler ni quoi demander (niveau socioculturel, difficultés d'expression...)⁽⁹⁾.

L'organisation du professionnel ou de l'institution doit permettre de préserver ce temps d'échange.

VI.3. Les mots choisis

Ne pas oublier que si chaque mot compte, au-delà des mots, l'attitude et la posture du médecin constituent aussi des messages.

- Une information simple et progressive, petit à petit, « digérable », au pas à pas, respectueuse des mécanismes d'adaptation de chacun et d'un temps d'intégration indispensable ^(1,5).
- Une information répétée.
- Une information cohérente, une communication sincère et vraie : ne rien dire qui ne soit vrai.
- Une attention particulière à la formulation, aux mots prononcés, éviter le jargon d'expert.
- Un contrôle régulier de la compréhension et une reformulation si nécessaire.
- L'ouverture vers un espoir réaliste.
- La proposition d'objectifs à court terme.
- Aider à construire de nouveaux projets de vie (effet fondateur du temps initial).

Proposer ou aider la personne à trouver une succession de projets ou d'étapes (étapes du traitement, projets personnels, projets familiaux...) qui lui permettent de se projeter dans sa vie future quelle qu'elle soit. Le patient comme le médecin ont besoin d'avoir une perspective pour aller de l'avant ; il faut toujours tenter d'élargir la palette des possibles. Il faut toujours accompagner le patient en élaborant avec lui un projet de vie même si, d'un point de vue médical, il n'y a, semble-t-il, plus rien à proposer sur un plan thérapeutique à visée strictement curative (effet structurant).

L'important c'est ce qui est compris, pas ce qui est dit.

L'objectif est d'adapter l'information transmise à ce dont le patient a besoin à ce moment-là. Toujours se rappeler que ce qui est dit n'est pas ce qui est entendu par le patient et avoir à l'esprit que c'est le patient qui montre la voie à suivre.

VI.4. Le suivi de l'annonce ⁽¹⁰⁾

À l'issue d'une consultation ou d'un moment d'annonce :

- Des documents d'information peuvent être remis au patient.
- Il est indispensable d'assurer au patient un interlocuteur pour répondre à ses questions dans les jours qui suivent. Le médecin peut proposer une seconde consultation et/ou les coordonnées des soignants à contacter.
- Avec l'accord du patient, le médecin peut échanger avec les autres professionnels de la prise en charge (notamment le médecin traitant).
- Une aide psychologique et/ou sociale peut être proposée si besoin, ainsi que les coordonnées d'associations de malades.
- La retranscription du contenu de la consultation (information donnée, formulation, questions, émotions provoquées) est une nécessité. Contenue dans le dossier du patient, accessible à l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge, elle en permet, en particulier, la coordination sur le plan de l'information.

Des questions permettant au professionnel de mieux aborder l'annonce

I. Questions à se poser avant la rencontre avec le patient

Il est important pour le médecin qui doit annoncer une mauvaise nouvelle qu'il comprenne ses propres difficultés. Lorsqu'il prépare sa rencontre avec le patient quelques questions peuvent l'y aider.

- Ai-je des difficultés à dire et pourquoi ?
- Quelles représentations, quelles expériences personnelles (positive, négative) ai-je de cette maladie et de ses conséquences ?
- Quel rôle vais-je avoir dans la prise en charge du malade (traitement, accompagnement) et quelles en sont les limites ?

Afin de donner au patient des perspectives réalistes, le professionnel doit disposer de suffisamment d'informations sur la maladie et les options thérapeutiques qui peuvent être proposées. Lorsqu'il prépare sa rencontre avec le patient, quelques questions peuvent l'aider.

- Que sais-je de la situation clinique du patient ?
- Que sais-je de la maladie et de son évolution naturelle (survenue de handicap, mise en place de traitements de plus en plus contraignants...) ?
- Que sais-je des options thérapeutiques, des prises en charge possibles et de leurs implications ?
- Que sais-je du rapport bénéfice-risque de chacune de ces prises en charge ?
- Quelle est la part d'incertitude du pronostic, de variabilité dans l'expression de la maladie ?
- Que puis-je prévoir de l'évolution de ce patient ?
- Qu'est-ce qui va changer dans la vie du patient ? Qu'est-ce qui sera probablement le plus difficile pour lui ?
- Quelle est la filière de prise en charge (structure d'accueil lorsque le handicap ou les difficultés surviennent) ?

II. Des informations à obtenir lors de la rencontre avec le patient

Lors de la consultation, afin de pouvoir annoncer la mauvaise nouvelle de façon adaptée au patient, le professionnel va essayer d'obtenir des informations le concernant. Il doit les obtenir du patient lui-même.

- Ce que le patient attend de cette consultation.
- Les personnes qu'il a déjà rencontrées, l'information qu'il a déjà reçue, ce qu'il en a compris.
- Ce qu'il souhaite savoir, aujourd'hui.
- Les représentations qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.
- Les expériences personnelles (famille, proches) qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.

Le médecin a besoin de connaître l'environnement du patient pour pouvoir lui apporter une information personnalisée, il doit pouvoir identifier les situations susceptibles de le fragiliser et les possibilités de soutien.

- Sa situation familiale personnelle (enfant, personne à charge, isolé ou entouré).
- Les soutiens possibles.
- Sa situation matérielle, professionnelle, sociale.
- La représentation qu'a son compagnon / ses enfants / son entourage de la maladie.
- L'information qu'il souhaite que l'on donne aux proches, s'il préfère qu'on l'aide à informer ses proches.
- Les besoins ou les souhaits d'aide ou de soutien (psychologique, social) pour lui ou ses proches.

III. Quelques suggestions

III.1. Pour obtenir l'information

- Poser des questions ouvertes, laisser au patient le temps de répondre, de questionner.

III.2. Pour la donner

- Le pas à pas, respectueux des mécanismes d'adaptation de chacun.

- L'information est mise à disposition du patient, il prend ce qu'il veut, ou il reçoit ce qu'il peut.
- Le respect des réactions du patient, ses silences, l'expression de ses émotions.
- La vigilance constante quant à la compréhension (reformulation).

IV. Questions à se poser en fin de consultation

En fin de consultation, il est utile de s'interroger.

- Ai-je laissé au patient la possibilité de poser toutes les questions ?
- Suis-je en mesure de savoir ce qu'il a compris ?
- Qu'a-t-il retenu de la consultation ?

Et pour la prochaine consultation : que me reste-t-il à lui dire ?

V. Conditions matérielles minimum de la consultation d'annonce

En consultation ou en hospitalisation :

- Rendez-vous, si possible, organisé sans mise en scène excessive pour éviter de majorer l'angoisse. Dans un délai acceptable en tenant compte du fait que, si parfois la prise en charge médicale n'est pas une urgence, celle de la détresse psychique peut l'être.
- Pas trop loin dans le temps.
- Proposer au patient, s'il le souhaite, d'être accompagné d'un proche.
- Lieu dédié mais non spécifique : salle de consultation, chambre sans voisin.
- Environnement calme : pas de téléphone, pas de dérangement lors de l'entretien.
- Laisser au patient le choix d'être seul ou accompagné (professionnel de santé et/ou proche du patient).
- S'asseoir pour parler⁽²⁾, face à face.
- Prendre le temps : entretien spécifiquement consacré à une discussion.

Illustration de situations particulières

Annonce de la maladie d'Alzheimer **Dr Laurence Luquel, Dr Daniel Dreuil**

Mme D, 76 ans, vient consulter son médecin traitant accompagnée de son mari, pour une plainte mnésique. Elle exprime une grande inquiétude. Son mari évoque de multiples oublis qui paraissent significatifs ; de son côté, elle évoque un manque du mot. Le premier bilan au cabinet montre un MMS à 23/30, une épreuve des 5 mots perturbée, avec un rappel libre et différé déficitaire, non amélioré par l'indiçage. En dehors de l'anxiété suscitée par ces oublis, il n'existe pas d'autres atteintes évidentes des fonctions cognitives. La patiente est adressée à la consultation mémoire de proximité pour bilan mémoire. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable à un stade léger est porté à l'issue des investigations complémentaires.

Attention aux mots

Comment nommer ? De manière progressive ; la prudence s'impose, tant que le diagnostic n'est pas fait : on parlera d'abord d'un trouble de la mémoire, qui fera rechercher une maladie de la mémoire.

Quels mots employer une fois le diagnostic effectué ?

Dire maladie requalifie la personne en tant que malade et donne un fondement organique à des symptômes auparavant incompris et permet d'entrer dans une logique de réponse thérapeutique. Jamais le terme « démence » qui est fréquemment associé à folie dans le sens commun et renvoie à des projections liées à la perte d'identité quel que soit le stade de la maladie ; le terme « dégénérescence cérébrale ou atteinte dégénérative » est entendu comme un processus très négatif qui ajoute à l'effet d'annonce la perspective du pronostic. Les termes « troubles cognitifs, troubles mnésiques, troubles des fonctions supérieures » peu employés en langage courant, risquent d'être perçus comme du jargon médical. La démence sénile ou la sénilité sont des termes à proscrire car dévalorisant et d'usage dépassé.

Les expressions « maladie d'Alzheimer » ou « maladie neurodégénérative » ou « maladie de la mémoire » peuvent être employées et sont déstigmatisantes.

Pourquoi est-ce difficile à dire ?

La perspective de dégradation mentale et physique.

La maladie est incurable et le traitement est uniquement symptomatique.

La maladie va modifier le projet de vie du patient et bouleverser les relations au sein du système familial.

Quelles sont les difficultés spécifiques ?

Anosognosie fréquente (trouble neurologique à ne pas confondre avec une attitude psychologique de déni, qui est aussi possible) : en cas de franche anosognosie, la répétition de l'annonce peut s'avérer inutile ou traumatisante.

Possibilité d'un refus du patient d'informer ses proches. Dans ce cas, il faut rechercher les motifs de ce refus et tenter de lever ces réticences. Si le refus persiste, aborder à nouveau cette question lors du suivi.

Quels sont les pièges ?

L'absence de coordination orale et écrite entre les différents intervenants (médecin traitant, spécialistes, paramédicaux, aides au domicile, proches...) ; les annonces intempestives et non coordonnées qui peuvent en résulter.

L'oubli de l'annonce par le patient. Il sera parfois nécessaire de répéter : reformulations après avoir évalué la réceptivité du patient. Éviter cependant trop de répétitions qui peuvent finir par devenir traumatisantes chez une personne anosognosique.

Comment s'adapter à cette situation ?

Assurer une traçabilité de l'annonce entre les médecins dans les courriers et le dossier patient. Au minimum, un courrier médical lors de la consultation mémoire est adressé au médecin traitant et informe celui-ci des résultats, précise les conditions de l'annonce et son accueil immédiat, les mots employés. Il faut informer aussi les soignants qui formeront l'équipe autour de la personne à domicile.

Il est indispensable d'énoncer des perspectives : le traitement et les bénéfices escomptés ; le plan de soin gériatrique ; le suivi ; indiquer les aides possibles.

Lorsque le maintien au domicile s'avère difficile, du fait de l'aggravation de la maladie et ou de l'épuisement des aidants familiaux, un nouveau processus d'annonce d'entrée en institution doit être envisagé, en lien avec le référent médical suivant le patient pour la maladie d'Alzheimer.

Annonce d'un cancer

Dr Fadila Farsi, Mme Roselyne Thiéry-Bajolet

M. Y.. 75 ans, remarié il y a deux ans après cinq ans de veuvage, se réveille fréquemment pour uriner la nuit depuis Noël dernier. Il va consulter son médecin généraliste, qui le suit pour sa pathologie cardio-vasculaire, il est inquiet car son père a fait du diabète à la fin de sa vie. On ne découvre pas de diabète mais d'autres examens après la première visite sont en faveur d'un cancer de la prostate localisé.

Il arrive accompagné de son épouse à la seconde consultation.

Dans ce cas précis, le praticien devra lui expliquer que l'on a découvert un cancer mais que l'attitude préconisée actuellement à ce stade, et pour lui, est une surveillance sans intervention. La surveillance seule pendant plusieurs mois ou années devra être expliquée et comprise par le patient comme une vraie prise en charge à l'égal d'un traitement. La difficulté étant que cela ne dispense pas d'apporter une information sur les traitements qui seront proposés et/ou mis en œuvre si la maladie évolue.

On sera aussi attentif, dans ce cas, au fait que certains des traitements annoncés et leurs effets (incontinence, impuissance...) auront un impact sur la représentation que se fait le patient de son image sociale et affective, du deuil d'une certaine idée de sa virilité, de la vie de son couple, qu'il peut avoir à affronter en plus de l'idée de souffrance et de mort.

Quelles sont les difficultés spécifiques à cette pathologie ?

La difficulté avec les cancers est liée à la représentation que l'on se fait de cette pathologie qui renvoie encore souvent dans la société à une image de mort, de souffrance induite par la maladie mais aussi par les traitements (mutilation chirurgicale, perte des cheveux, vomissements, postchimiothérapie, brûlure des rayons...)

Le praticien, comme tous les autres soignants, a sa propre représentation de la souffrance et de la mort (expérience personnelle et professionnelle).

Ces représentations sociales, la représentation que s'en fait le professionnel peuvent être différentes de celles de la personne malade. La hiérarchie et les priorités que le patient accorde à tel type de souffrance lui appartiennent et sont difficilement appréhendables par les soignants.

Une des difficultés dans ce cas particulier pouvant être d'expliquer au patient qu'il est porteur d'un cancer (éviter de parler de *petit* cancer) et que l'on ne va pas intervenir (chirurgie) mais surveiller l'évolution de la maladie.

Pourquoi est-ce difficile à dire ?

Pour une maladie cancéreuse, on est souvent face à une personne qui sait ou appréhende qu'on lui annonce une « mauvaise nouvelle » (même en cas de découverte fortuite lors d'un dépistage ou lors d'une hospitalisation en urgence pour symptôme).

La principale difficulté consiste à cerner ce qu'on va pouvoir lui dire, ce qu'elle est capable d'entendre, ce qui va pouvoir l'aider à comprendre sa maladie et les traitements (la prise en charge) dont elle va bénéficier.

Les objectifs généraux du dispositif d'annonce tel qu'il est organisé depuis la mise en œuvre du plan cancer 2003-2007 sont de permettre à la personne malade :

- d'acquérir des connaissances et développer les capacités nécessaires pour gérer les symptômes pénibles
- de vivre au quotidien avec la maladie
- de prévenir les complications et pactiser avec les limitations
- de faire face à l'incertitude et donner un sens au parcours de vie.

Quels sont les pièges et écueils ?

- Se laisser piéger par l'organisation de sa propre consultation ou des conditions de l'annonce :

- mauvaises conditions d'annonce par difficulté d'anticipation de situations telle que : patient(e) qui arrive avec « ses images » (scanner, IRM...) sans que l'on soit averti ; patient(e) ou entourage qui réclame un diagnostic par téléphone ;
- mauvaises conditions d'entretien : interruption par coup de téléphone ou par personne pendant l'échange, entretien dans une chambre ou pièce en présence de personnes imposées de fait au patient (voisin de chambre, autre professionnel. ..).

- Etre inattentif à la personne et formater une façon d'annoncer : éviter par exemple de se lancer dans une longue explication sur les traitements, et leurs bénéfices sans voir que la principale préoccupation de la personne est l'avenir immédiat de sa famille (que vont-ils devenir pendant mon hospitalisation... ou si je meurs ?).

- Etre intolérant aux réactions, préoccupations du malade que l'on juge paradoxales

- déni pendant de longs mois de symptômes alarmants puis impatience d'être pris en charge ;
- attention portée à des échéances de travail ou de loisirs, alors que l'on est en train de parler de calendrier de traitement ou d'examens de surveillance.

Ce type de réactions est en réalité, pour la personne, une manière de se protéger de l'inquiétude ou de la violence de la mauvaise nouvelle.

- Projeter sur la personne ses propres valeurs, ne pas lui laisser l'espace et le loisir de les exprimer

- tel effet secondaire n'est pas important et il est provisoire ;
- tel traitement a des effets secondaires moins graves, moins péjoratifs, moins invalidants...(exemple : à 75 ans, la libido c'est moins important...).

- Considérer que l'on peut, seul, répondre à toutes les préoccupations de la personne ou au contraire adopter une stratégie d'évitement en renvoyant sur les collaborateurs. Lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle, les réponses apportées comme solutions (traitements,

prise en charge...) et les moyens qu'a la personne de s'y adapter sont bien sûr une affaire d'équipe, mais ne pas oublier que la qualité de la relation entre le médecin et son malade se construit là aussi et qu'elle va être essentielle dans les suites.

Comment s'adapter à cette situation ?

Il faut sans cesse se rappeler qu'il faut s'adapter à la personne unique que l'on a en face de soi. Dans le moment de l'annonce, le praticien doit être attentif aux réactions, à l'expression des besoins et des valeurs de la personne qui le consulte à ce moment-là.

Il faut aussi tenter de s'adapter au rythme de la personne pour apporter à la fois les éléments d'information nécessaires à la qualité et la sécurité de la prise en charge en évitant d'anticiper des explications non demandées ou de répondre à des questions clairement formulées.

Enfin savoir aussi dire qu'on ne sait pas ou qu'on ne sait pas pour l'instant (besoin de temps pour assurer le diagnostic ou le projet thérapeutique, besoin de concertation avec d'autres confrères...).

Annonce du diagnostic d'une maladie génétique : la maladie de Huntington

Dr Alexandra Dürr, Mme Marcela Gargiulo

Mme C., âgée de 38 ans, mariée, mère de deux enfants de 14 et 16 ans, est atteinte d'une maladie de Huntington, remarquée par l'infirmière dans le couloir car Mme C. ne tient pas en place et a de mouvements anormaux. Elle vient seule à la consultation car : « je ne veux pas inquiéter mon mari avec ces histoires de maladie ». À l'examen, on observe des mouvements choréiques, elle perd le fil de la discussion à plusieurs reprises, elle dit avoir perdu son emploi récemment à cause d'une dépression associée à des troubles de la concentration. Elle ne se sent pas malade. Elle dit venir pour être rassurée, car elle vient d'apprendre de manière fortuite, lors d'un enterrement, que son père (qu'elle n'a plus vu depuis 15 ans) est décédé de cette maladie.

Attention aux mots

Démence, folie, durée d'évolution de la maladie en années, âge de début en années, faire la différence entre traitement curatif et symptomatique.

Quelles sont les difficultés spécifiques à cette pathologie ?

Il s'agit d'une maladie neurologique grave, à issue fatale, pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif à ce jour. Ceci n'est pas une situation unique mais concerne beaucoup d'autres maladies neurologiques.

La maladie de Huntington atteint en général l'adulte jeune dans la période de la vie où des décisions fondamentales viennent d'être prises ou vont l'être.

La transmission autosomique dominante de la maladie implique l'ensemble de la famille du patient au moment du diagnostic. Chaque enfant de la personne atteinte a un risque de 50 % a priori d'être porteur ou ne pas être porteur du gène.

La maladie de Huntington était la première maladie pour laquelle un diagnostic présymptomatique et prénatal a pu être proposé aux personnes à risque. En conséquence l'annonce de la maladie à venir est possible même avant que les signes cliniques de la maladie soient présents.

Pourquoi est-ce difficile à dire ?

À la différence d'autres maladies neurologiques non héréditaires, le médecin fait une révélation individuelle qui va impliquer directement le groupe familial. Au sein de la famille, l'annonce oblige à rouvrir les archives familiales parfois soigneusement enterrées : secrets de famille, tabous familiaux considérant cette maladie comme une horrible tare à occulter, « mensonges dits d'amour » reproduits sur plusieurs générations et visant à protéger la descendance d'un savoir potentiellement destructeur pouvant exploser comme une bombe lors de l'annonce du diagnostic.

La deuxième difficulté est le fait que le patient ne se rend pas compte de son état et ne se considère pas malade (anosognosie). Le médecin ne peut pas aborder la prise en charge si le patient n'adhère pas. Cela entraîne également les difficultés avec l'entourage qui est impuissant et peut démissionner devant le refus du patient à accepter une prise en charge de sa maladie et ses troubles.

Ce qu'il ne faut pas oublier :

- Il n'y a pas d'urgence à réaliser un test génétique pour confirmer la maladie, qui ne fait aucun doute cliniquement. Le télescopage des actions (examens, tests, révélation familiale, etc.) est à éviter.

- Il ne faut pas croire que l'annonce de la maladie de Huntington est une affaire qui ne concerne que le médecin et son patient. La maladie de Huntington est avant tout et toujours une affaire familiale.

- Il ne faut pas proposer aux apparentés présents au moment de l'annonce de faire un test présymptomatique. Le test présymptomatique demande une participation active de la personne à risque puisqu'il ne s'agit pas d'un dépistage. Les équipes (généticien, psychologue, infirmière, psychiatre) doivent informer de l'existence du test mais rester neutres quant à la décision de réaliser ou non le test.

Comment s'adapter à cette situation ?

À quel moment faire l'annonce du diagnostic ?

- Avant l'annonce, il faut s'assurer que le patient est prêt et acceptera de parler de sa maladie. Quelle est la demande du patient (inquiétude pour sa descendance, pour son état, pour son travail) ? Selon la demande, il faut adapter les réponses. Par exemple, ce n'est pas la peine de parler de l'évolution de la maladie si la question principale du patient concerne le risque encouru pour ses enfants.
- L'entretien psychologique est à inclure dans la démarche de l'annonce de la maladie. Un entretien pour le patient mais aussi pour le conjoint et même pour les enfants peut se programmer.
- Avancer par étapes pour permettre au patient de s'adapter : lorsque le patient est conscient de ses troubles, il peut s'interroger sur le début de la maladie compte tenu de certains troubles mnésiques par exemple (« Je n'arrive plus à me concentrer au travail, j'ai des oublis »). Dans ce cas, l'examen neuropsychologique peut s'avérer très utile, soit pour mettre en lumière un syndrome anxio-dépressif qui pourrait être responsable des troubles, soit pour déterminer s'il s'agit d'un début de la maladie exprimant des troubles cognitifs associés à la MH. Cet examen peut permettre d'aider le patient à prendre conscience des troubles.
- Avoir un plan avant de commencer. Avant d'avoir le résultat de confirmation par analyse génétique, le médecin peut demander au patient comment il souhaite que les résultats lui soient communiqués. Seul ou avec le conjoint ? Il peut aider le patient à

anticiper les difficultés qu'il rencontrera une fois qu'il sera en possession du diagnostic : au niveau individuel, professionnel, familial. Avec qui compte-t-il parler du diagnostic? Il évoquera avec lui des possibilités de prise en charge potentielles en fonction des nécessités du patient.

- Donner au patient le contrôle de la quantité de l'information qu'il reçoit et de son rythme. Donner l'information progressivement. Éviter les termes techniques et des explications longues et hermétiques. Vérifier si le patient souhaite entendre les nouvelles ou s'il préfère attendre encore un certain temps. Bien dire, c'est d'abord savoir écouter : avant de commencer, demander toujours au malade ce qu'il pense lui-même de son état.
- Permettre au patient d'intégrer l'information dans le temps. Le patient et sa famille peuvent être pris par une « *anxiety related hearing difficulty* » (difficulté à entendre liée à l'anxiété) ou à un état de sidération de la pensée compte tenu du traumatisme subi après l'annonce. Dans le cas particulier de la maladie de Huntington, l'état cognitif du patient peut accentuer cette difficulté à comprendre et à accepter le diagnostic. Quoi qu'il en soit, un deuxième entretien s'impose pour que le patient et sa famille puissent poser des questions et réentendre à nouveau certaines explications du neurologue. La temporalité dans les échanges est essentielle, elle permet au patient d'entendre à nouveau les arguments majeurs du diagnostic et progressivement de s'approprier ce qui lui arrive.

En conclusion

L'annonce est un processus et non un acte unique. elle doit pouvoir se faire en étapes considérant la capacité du patient à intégrer l'information. Pas d'urgence.

Comme toute pathologie neurologique avec atteinte cognitive, l'entourage du malade est fortement affecté. Les conjoints sont la colonne vertébrale de la prise en charge. Le neurologue doit autant s'occuper de son patient que donner au conjoint des informations utiles qui lui permettent de sortir de l'isolement et apprendre à gérer la maladie et l'avenir : assistante sociale, psychologue connaissant la pathologie, associations de malades.

En l'absence de traitement curatif, la prise en charge multidisciplinaire de ces patients s'avère très utile. La qualité de vie du patient et de la famille est importante à préserver le plus longtemps possible : ne pas donner aux patients de faux espoirs mais toujours garder l'espoir.

Informers les patients sur les recherches en cours et à venir. Lorsque le patient est conscient de sa maladie et de la dimension héréditaire, il pourra se sentir soulagé de savoir que bien qu'il ne puisse pas profiter de nouvelles interventions thérapeutiques, cela pourra être le cas pour ses enfants.

L'annonce d'une maladie neuromusculaire à l'enfant

Mme Marcela Gargiulo

Marie, âgée de 11 ans, est atteinte d'une myopathie des ceintures, mais elle ne le sait pas encore. Car le médecin n'a pas fait l'annonce à Marie mais à ses parents. Ses parents ne veulent pas lui dire qu'elle a la même maladie que sa mère qui est depuis deux ans en fauteuil roulant. Marie dit : « Je viens à l'hôpital depuis un an et demi parce-que j'ai un virus qui touche mes jambes... Je me demande où j'ai pu l'attraper. Pourquoi mes copains ne l'ont pas ? Ce n'est pas la même maladie que maman, eh ?... Elle est en fauteuil roulant... elle m'a dit que ce n'est pas la même... Ça ne peut pas être la même. Je n'ai plus envie de venir à l'hôpital, ni de faire tout ce que j'ai à faire pour guérir de mes jambes ça ne sert à rien. Mon virus ne part pas... et malgré tous mes efforts... Je vais de moins en moins bien.... »

Quelles sont les difficultés spécifiques à cette pathologie ?

Les maladies neuromusculaires débutant dans l'enfance sont des affections neurologiques chroniques évolutives, pour lesquelles il n'existe pas encore de traitement curatif. Ces maladies sont souvent génétiques et héréditaires. C'est dire toute la complexité de l'annonce du diagnostic. Dans ces cas le médecin annonce aux parents une maladie de l'enfant qui va évoluer progressivement vers une paralysie des membres, une atteinte plus ou moins sévère des différents organes vitaux, avec un pronostic vital souvent compromis.

Si nous nous penchons sur le dispositif concret d'annonce du diagnostic, nous observons une très grande diversité dans la manière d'annoncer un diagnostic de maladie neuromusculaire de l'enfant : le médecin doit-il faire l'annonce devant l'enfant ? Doit-il prévoir un temps avec les parents seuls et un autre temps avec parents et enfant, quel que soit l'âge de l'enfant ? Qui doit faire l'annonce à l'enfant ? Les parents ou les médecins ? Qui est le mieux placé pour le faire ?

Bien évidemment cela dépend de différents facteurs : de l'âge de l'enfant, de la manière dont le couple parental conçoit d'aborder la question de la maladie avec leur enfant, et également du médecin annonceur, de son sexe, de son âge, de son histoire, de sa formation médicale, de sa capacité à accueillir ce qui émerge de l'enfant et de ses parents et à dialoguer avec eux.

Ne pas faire l'annonce à l'enfant lui-même a des conséquences directes sur la manière que l'enfant a de vivre les contraintes que la maladie lui impose, d'accepter la rééducation et les appareillages, l'aide des autres pour réaliser des gestes simples de la vie quotidienne.

Dans ces circonstances, la parole dite à l'enfant a une valeur constructive, elle est sans doute libératrice pour un enfant qui vit dans son corps, des transformations qui l'affaiblissent sur le plan moteur et qui l'obligent constamment à renoncer à ses envies de mouvement.

Même si les adultes persistent à ne pas vouloir « nuire » à l'enfant avec des mots ressentis comme potentiellement trop difficiles, même si l'acte de nomination de la maladie peut comporter une certaine violence, l'enfant n'est pas dupe de ce qui se passe en lui, dans son corps et il attend une explication. Même si une information ne lui est pas donnée, même si le diagnostic ne lui a pas été communiqué directement, ce qui arrive fréquemment, d'autres faits peuvent faire fonction d'annonce pour lui.

Pourquoi est-ce difficile à dire ?

- Pour les médecins

Le code de déontologie médicale précise que chacun des deux parents ou le représentant légal doit recevoir l'information sur les soins à donner à l'enfant mais que l'information doit également être délivrée à l'enfant, s'il est en âge de comprendre. Ce décret ne précise pas l'âge requis pour recevoir l'information, ni les modalités de l'annonce qui sont laissées à l'appréciation du médecin. Dans certains cas le médecin peut se laisser surprendre par la manière dont la famille se présente à lui (avec ou sans l'enfant) et ne pas proposer un temps distinct d'abord avec les parents puis avec les parents et l'enfant pour s'adresser à lui directement.

- Pour les parents lorsque le silence prend le pas sur l'échange :

Autour de la maladie c'est comme un silence de plomb qui est le produit du malaise ressenti par l'adulte lorsqu'il s'agit de parler avec un enfant de sa maladie, de l'origine génétique de celle-ci, du handicap qu'elle engendre, de l'absence de traitement, de l'impossibilité de guérir, de l'avenir... Des explications ont souvent été évoquées dans des travaux sur l'annonce du handicap : la blessure narcissique des parents devant un enfant qui rappelle par sa pathologie une faille, un manque, et l'effondrement des rêves, des illusions précédant sa venue au monde.

- Une volonté de ne pas nuire

Souvent les adultes argumentent le fait de ne pas vouloir parler avec l'enfant de sa maladie par la peur de lui nuire : « Je ne veux pas qu'il sache qu'il est malade parce qu'il sera trop malheureux ! Je préfère attendre un peu... c'est trop dur pour un enfant si jeune ! » Cela contraste avec la présence concrète et réelle de la maladie dans la vie de l'enfant : il a du mal à marcher, à courir, à monter les escaliers, tombe souvent et il est très fatigué. De plus, les adultes peuvent craindre le dialogue avec l'enfant : ils ne savent pas où la discussion pourrait aboutir lorsqu'ils commencent à parler : « Une question en amène une autre, j'ai peur que si je lui dis qu'il a une myopathie après il me demande s'il va guérir. Vous voyez, je préfère pour le moment ne rien dire du tout... on verra plus tard. » La question de la mort est souvent redoutée par les parents : « Et s'il me demande s'il va mourir ? Que lui répondre ? Je ne me sens pas prêt à affronter tout ça ! »

- **Transparence de l'enfant**

Il arrive parfois que, dans un premier temps de la consultation, le médecin parle à l'enfant des examens à venir, d'une biopsie par exemple qui consiste à prendre une partie du muscle pour l'analyser et concrétiser le diagnostic. Mais vite il peut « oublier » sa présence devant le flot de questions posées par les parents. Les parents, quant à eux, par peur de ne pas avoir le temps de tout demander, ont également tendance à « oublier » que l'enfant est là. En conséquence beaucoup de paroles seront dites devant l'enfant comme s'il n'était pas présent. Certains de ces échanges entre médecin et parents peuvent être d'une grande violence aux yeux des enfants, qui non seulement entendent dire des choses qu'ils n'ont pas demandé de savoir, mais également et surtout voient l'impact que certains mots prononcés par le médecin ont sur leurs parents.

Une maman pleure dans notre bureau parce qu'elle sait que son fils perd la marche et sera bientôt en fauteuil roulant. Alors que son fils dessine sur une petite table à côté, elle dit : « Il ne sait pas que, bientôt, il ne marchera plus... » L'enfant est devenu transparent pour elle comme si, tout en étant présent dans la pièce, il devenait absent. Thomas, lui, sans lever les yeux de son dessin et en ayant l'air très concentré sur sa création, dessine une famille où tous les membres sont assis sur des chaises. C'est le moment fort de l'entretien car, en nous adressant à Thomas, nous lui signifions que nous avons entendu aussi et surtout que nous avons vu que lui aussi avait entendu ce qui avait été dit, son dessin en témoigne.

- **Quels sont les pièges et écueils ?**

Lorsque les parents dépassent ce premier stade du silence et se sentent prêts à parler avec leur enfant et répondre à ses questions, ils sont souvent surpris de constater que leur enfant ne pose pas de questions et qu'il ne demande pas à savoir. Herson¹ s'est intéressée au problème de l'annonce de la maladie aux enfants atteints de maladies neuromusculaires. Les enfants qu'elle a étudiés n'ont pas pu faire rétrospectivement un récit de l'annonce du diagnostic comme moment unique mais ont raconté plutôt des micro-annonces étalées dans le temps. L'auteur signale qu'il n'est pas aisé pour l'enfant de parler de sa maladie. Sa parole est souvent restreinte, entravée par l'existence de mécanismes de défense, tels que la minimisation, la banalisation et le refoulement. Elle retrouve chez tous les enfants rencontrés un très fort désir de normalité, dans un besoin de protéger l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et qu'ils donnent à voir à autrui.

Lorsque l'enfant ne pose pas de questions mais présente d'autres difficultés psychologiques reflétant un mal-être – tristesse, peurs, inhibition, difficultés dans les apprentissages, ou difficulté à s'adapter à la maladie se traduisant soit par une résistance majeure à accepter la

¹ Herson A. La parole de l'enfant autour de sa maladie et du handicap dans les maladies neuromusculaires. Annonce, savoir et vécu du handicap. Mémoire de DEA. Rouen: Université de Rouen; 2005.

rééducation ou les appareillages, soit par une suradaptation de l'enfant à sa maladie, comme s'il ne vivait que pour elle... – une indication de psychothérapie peut se révéler nécessaire.

Lorsque l'enfant pose des questions difficiles, les parents, s'ils se sentent mal à l'aise pour répondre, doivent inciter l'enfant à en parler avec le médecin qui le suit. « Ta question est très importante ! Mais je n'ai pas la réponse. Je préfère que tu la poses au médecin lorsqu'on ira le voir à l'hôpital. » Mais il faut toujours être attentif aux questions posées par l'enfant, car certaines n'attendent pas de réponse précise. Par exemple : l'enfant peut demander au médecin : « Est-ce qu'un jour je vais remarcher ? » Le médecin n'est pas obligé de répondre que non. Il peut valoriser la question dans un premier temps. Cela aide l'enfant à se sentir moins seul devant sa difficulté. Il peut également relancer la question en demandant à l'enfant ce qu'il pense lui-même de cela. « Et toi, qu'est-ce que tu penses sur cela ? » Devant des questions qui engagent l'avenir de l'enfant et sa projection dans le futur, il faut toujours garder l'espoir même devant les questions les plus désespérantes. Sans mentir, sans banaliser, sans être euphorique.

Comment s'adapter à cette situation ?

Au début de la maladie, l'enfant ne demande pas seulement à être informé mais aussi à sentir qu'il n'est pas seul devant ses questions et ses difficultés. Concernant les médecins, une parole en direction de l'enfant est toujours souhaitable même s'il est tout petit. Lorsqu'un dialogue est possible, le médecin peut parler avec l'enfant de sa maladie en tenant compte de son âge, et l'aider à exprimer ce qu'il ressent. Emmanuel Hirsch note que « *tenter, comme on y prétend, de lui épargner une trop forte confrontation avec la maladie et ses représentations, c'est privilégier une option parmi d'autres qui nécessiterait pour le moins d'être justifiée* »². Le dialogue entre le médecin et l'enfant autorise l'enfant à penser que la maladie est un sujet dont on peut parler. Des questions simples posées à l'enfant peuvent servir au médecin pour nouer le dialogue : sais-tu pourquoi tu viens à l'hôpital ? Connais-tu le nom de ta maladie ? As-tu des questions ? Comment vis-tu cette situation ? Qu'est-ce qui est le plus difficile pour toi dans la maladie ? Certaines explications données à un moment précis devront être reprises plus tard à d'autres moments de la vie, notamment à l'adolescence, lors de la naissance d'un frère ou d'une sœur.

En somme : l'annonce à l'enfant peut être imaginée comme un dialogue. Comme une interaction faite de questions et d'informations en réponse, de questions sans réponse immédiate et actuelle, de formes interrogatives et non assertives mais également d'informations en l'absence de questions explicites, par exemple en nommant la maladie³.

² Hirsch E..Quelques repères pour une éthique de la communication et de l'information en pédiatrie La Lettre de l'Espace Éthique 2000; 12-13-14: 55.

³ Gargiulo M, Angeard N, Herson A, Fosse S, Thémar-Noël C, Jacquette A, Eymard B, Héron D, Mazet P. Impact psychologique de la maladie de Duchenne sur l'enfant et l'adolescent, ses parents, sa fratrie. Onze années d'expérience d'une consultation pluridisciplinaire. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2008;56(2):73-81.

L'enfant serait alors reconnu comme possédant un savoir et une quête de savoir, l'annonce à l'enfant serait alors moins un acte comportant une violence du dire, mais une possibilité de libérer une pensée, de la partager, de la co-crée. Si la soif de savoir chez l'enfant peut être immense, le médecin face à l'enfant peut, quant à lui, se reconnaître comme se questionnant aussi. Partir des représentations de l'enfant et lui ouvrir un espace pour s'interroger peut l'aider à lutter contre la non-reconnaissance de sa subjectivité qu'il peut ressentir à travers le silence et le non-dit de son entourage au sens large. Dans cette rencontre enfant-médecin, le but premier n'est pas de livrer une information neutre, uniquement médicale ou scientifique, mais de se livrer à un partage de questions et d'informations, d'émotions aussi. Ainsi, l'enfant est reconnu comme « *travaillé par* » et en même temps « *travaillant* » le sens de sa maladie.

L'annonce à l'enfant de la maladie d'un parent, d'un proche

Dr Isabelle Moley-Massol

Julien a 5 ans. Depuis quelques semaines, son comportement a changé. Il est très agité, a du mal à rester en place, ne parvient pas à se concentrer plus de quelques minutes sur une activité. À l'école, il se montre agressif avec les autres enfants. Il a du mal à s'endormir. Sa mère, inquiète, le conduit chez le pédiatre.

En début de consultation, la mère demande à Julien de l'attendre quelques instants dans la salle d'attente, elle veut parler seule au médecin :

« Il faut que je vous dise, docteur, on m'a découvert un cancer du sein il y a deux mois et j'ai commencé une chimiothérapie. Bien sûr, nous n'avons rien dit aux enfants, pour ne pas les inquiéter. »

Quand le médecin vient chercher Julien, celui-ci est prostré sur sa chaise, la tête et les bras ballants, les yeux fermés. Il ne répond pas quand le médecin l'appelle. Julien « fait le mort »...

Quelles sont les difficultés spécifiques à cette situation ?

Beaucoup de parents, souhaitant protéger leurs enfants de l'angoisse de la maladie qui les touche, préfèrent la taire, s'imaginant ainsi qu'ils tiennent leurs enfants à distance de leur propre souffrance. C'est tout l'inverse qui se produit. Les enfants, quel que soit leur âge, ressentent avec une très grande acuité l'angoisse de leurs parents. L'absence de mots, d'explications, renforce l'angoisse des enfants car ce qu'ils imaginent est toujours pire que la réalité elle-même, aussi difficile soit-elle.

Les enfants perçoivent les modifications qui surviennent dans la vie de leurs parents, les changements dans l'apparence physique, les va-et-vient avec l'hôpital, les arrêts de travail, ils surprennent des conversations.

L'égoïsme qui caractérise le petit enfant et son désir de comprendre ce qui se passe le conduisent à se sentir responsable, coupable de tout ce qui survient dans son environnement, particulièrement lorsque l'événement concerne ses parents, ses frères et sœurs. Ce sentiment de culpabilité prend plus de force encore au moment du complexe d'Oedipe, quand le jeune enfant, de 3 à 5 ans, désire prendre la place du parent du même sexe et « se marier » avec sa maman, s'il s'agit d'un garçon. À cet âge l'enfant est dominé par la pensée magique qui lui fait confondre la pensée et l'acte. Si l'enfant souhaite plus ou moins confusément la mort de son papa et si cela arrive pour de vrai, dans la réalité, il croit en être responsable : il l'a pensé, désiré, c'est donc arrivé par sa faute.

Les conséquences de cette culpabilité peuvent être très néfastes pour l'enfant à court terme (dépression, agressivité, retard scolaire, somatisation, autopunition...) mais aussi dans sa vie d'adulte.

« Les enfants veulent entendre la vérité de la bouche de leurs parents, avec des mots gentils. »¹

Les enfants veulent entendre la vérité de la bouche de leurs parents, de façon adaptée à leur âge, avec des mots justes et compréhensibles. Le mensonge est très préjudiciable à l'enfant car celui-ci, pour se construire, a besoin d'avoir confiance en ses parents. Le mensonge est pour lui une forme de trahison, qui peut entamer à tout jamais cette confiance en le monde des adultes, en lui-même et en la vie.

La vérité sur la maladie des parents, d'un frère ou d'une sœur, doit être dite le plus tôt possible aux enfants, dès que les parents ont eux-mêmes « digéré » la nouvelle. Elle sera dite à tous les enfants de la fratrie. Ne s'ouvrir qu'à l'aîné des enfants par exemple exposerait celui-ci à une trop grande responsabilité au sein de la fratrie.

Les mots sont donnés peu à peu, la vérité est révélée pas à pas.

On peut imaginer le dialogue suivant :

- « L'autre jour, j'ai remarqué que j'avais une boule dans le sein. Je suis allée voir le médecin qui a fait des examens et il a découvert que certaines cellules n'étaient pas normales.....ces cellules sont cancéreuses.
- Mais qu'est-ce que c'est ta maladie ?
- C'est un cancer. Les médecins ont bien vu de quoi il s'agissait et ils font tout ce qu'il faut pour me soigner le mieux possible.»

Il est dans ce cas important que le mot cancer soit prononcé, mais progressivement.

Il est nécessaire de tenir un discours vrai et authentique qui tient compte de l'âge de l'enfant et de son rapport au temps, différent de celui des adultes.

Le rôle du médecin est de sensibiliser les parents à l'importance de l'information à donner aux enfants. C'est aux parents, en particulier au parent malade, d'annoncer la maladie aux enfants, mais si cela est trop difficile pour eux, le médecin peut les y aider, en essayant toutefois que les parents prononcent les mots difficiles, le mot « cancer », par exemple.

Le médecin peut expliquer à l'enfant, aussi désireux de comprendre que les adultes, les symptômes, les effets indésirables des traitements,.

La parole du médecin est légitime, elle rassure l'enfant. Ses réponses permettent à l'enfant de se détacher d'un imaginaire trop angoissant, pire que la réalité.

¹ Nicole Landry-Dattée, Marie-France Delaigue-Cosset L'enfant face au cancer d'un parent , Éditions Vuibert, Collection Espace Éthique, 2005 .

Toutes deux animent depuis 15 ans un groupe de parole d'enfants de parents malades à L'Institut Gustave-Roussy à Paris. Leur travail a permis de mieux éclairer les ressentis des enfants et la conduite à tenir quand leur parent est confronté à la maladie, pour les aider à surmonter l'épreuve et se construire.

Ce texte s'appuie aussi sur leur travail et nous leur rendons hommage.

Aller à l'hôpital pour l'enfant est une façon de se préparer aux modifications physiques de son parent malade. On peut l'y encourager, sans toutefois le forcer.

Il faut pouvoir répondre aux questions de l'enfant, sans s'y dérober. Il ne s'agit pas pour autant de le submerger d'explications qu'il ne demande pas mais de rester disponible pour lui, au moment opportun.

En phase terminale de la maladie, quand il n'y a plus d'espoir de guérison, il est important de signifier à l'enfant que tout a été fait pour soigner son père ou sa mère mais qu'on n'y est pas parvenu. La maladie a été plus forte que les traitements (et non plus forte que le parent malade).

Il va falloir progressivement préparer l'enfant à la mort du parent, mais pas trop tôt non plus. Il ne s'agit pas d'anticiper prématurément la mort, mais de rendre le choc moins brutal, et de permettre au parent de dire au revoir à l'enfant, de l'assurer que tout a été organisé pour lui, pour sa vie et son avenir.

Il faut que l'enfant continue à se sentir soutenu dans sa vie et son quotidien et « autorisé » à poursuivre son développement et son chemin de vie.

Souvent les parents ont peur de pleurer devant leur enfant. Ils doivent pourtant comprendre que pleurer n'est pas un signe de faiblesse, mais d'humanité.

Pleurer, mettre des mots sur sa souffrance, c'est aussi donner à l'enfant l'autorisation d'exprimer sa propre tristesse, son propre désarroi.

Confrontés à des situations douloureuses, à des obstacles, les enfants nous disent qu'il faut avant tout leur faire confiance, croire en leur extraordinaire capacité à surmonter les épreuves. Les paroles des adultes sont là pour les y aider, des paroles vraies, justes, adaptées.

Le cas clinique évoqué en début de texte illustre une situation très fréquente au cours de laquelle les parents cachent à l'enfant la réalité de leur maladie et s'imaginent laisser ainsi l'enfant à distance de leur propre difficulté et de leur souffrance. Mais Julien a bien compris que quelque chose de grave se jouait dans la famille. Par ses symptômes, sa façon de « faire le mort », il exprime son angoisse et vraisemblablement sa culpabilité.

Julien a besoin de la parole de ses parents, que ceux-ci nomment la maladie, pas à pas, pour lui permettre de dépasser ses fantasmes, souvent ravageurs, et faire avec cette réalité afin qu'elle n'entrave pas sa vie présente et sa construction d'adulte en devenir.

Remerciements

Ce document a été élaboré par le Dr Jeanne MIHURA, Marie ERBAUT, chefs de projet au service évaluation des pratiques sous la responsabilité du Pr Jean-Michel CHABOT, conseiller médical du directeur général, avec la collaboration du Dr Catherine GRENIER, responsable de l'unité qualité-indicateurs de la FNCLCC.

Nous remercions les membres du groupe de travail ainsi que les membres du groupe de lecture suivants :

GROUPE DE TRAVAIL

- Armelle DEBRU – Professeur d'histoire de la médecine - université Descartes et espace éthique AP-HP - PARIS
- Dr Daniel DREUIL, gériatre -CHRU, LILLE
- Dr Alexandra DURR, neurogénéticienne – groupe hospitalier Pitié Salpêtrière, PARIS
- Dr Fadila FARSI, oncologue réseau ONCORA – centre Léon Bérard, LYON
- Marcela GARGIULO, psychologue – institut de myologie et groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, PARIS
- Dr Laurence LUQUEL, gériatre -hôpital Les Magnolias, BALLAINVILLIERS
- Dr Isabelle MOLEY-MASSOL, médecin psychanalyste et psycho-oncologue – hôpital Cochin et Paris IXème
- Christel NOURISSIER, présidente association européenne des maladies rares, VERSAILLES
- Pr Didier SICARD, groupe hospitalier COCHIN -Saint Vincent de Paul PARIS
- Roselyne THIERY-BAJOLET, cadre de santé – SAINT-BRICE-COURCELLES
- Marion ZAMITH, psychologue – institut Claudius-Regaud, TOULOUSE

GROUPE DE LECTURE

- Dr Christine BARA, directrice de la qualité des soins, INCa, BOULOGNE-BILLANCOURT
- Dr Roland BOUET, pédopsychiatre, CH Henri-Laborit, POITIERS
- Dr Philippe CABARROT, conseiller technique de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS
- Dr Armelle DESPLANQUES, responsable unité programmes pilotes, HAS
- Dr Patrice DOSQUET, chef de service recommandations des pratiques professionnelles, HAS
- Anne FESTA, INCa, BOULOGNE-BILLANCOURT
- Annie FLORENTIN, soignante, CHU, CLERMONT-FERRAND
- Dr Georges KEPENEKIAN, urologue, centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc, LYON
- Dr Patrick LAUGERAERT, médecin généraliste, TAISSY
- Dr Gilles MARX, psycho-oncologue, centre René-Huguenin, SAINT-CLOUD
- Dr Nadine MEYER, médecin généraliste, SAINT-GENIS-LES-OLLIERES

- Monique MONTAGNON, cadre de santé, CHU CLERMONT-FERRAND
- Marie Agnès PERENNEC, soignante, centre léon bérard, LYON CEDEX
- Marion PLETAN, cadre de santé, groupe Paris-Saint-Joseph, PARIS
- Loïc RICOUR, mission pour le développement de la médiation, de l'information et du dialogue pour la sécurité des soins, HAS
- Dr Jean ROCHE, psychogériatre, hôpital gériatrique Les Bateliers, CHRU, LILLE
- Dr Dominique THOUVENIN, pédiatre, clinique Saint-Nicolas, TOULOUSE
- Dr Pascale VINANT, unité de soins palliatifs, hôpital Cochin, PARIS
- Sandra ZAMPIERRI, centre Léon-Bérard, LYON

Références bibliographiques

1. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions, 2004.
2. Buckman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. InterEditions, Paris, 1994.
3. Zorn F. Mars. Gallimard, Paris, 1979.
4. Association française contre les myopathies. L'annonce du diagnostic...et après. Novembre 2005.
5. Ruszniewski M. Face à la maladie grave, parents, famille, soignants. Ed. Dunod, Paris 1999.
6. Gargiulo M, Dürr A, Frischmann M. Devenirs de l'annonce dans les maladies génétiques. 8^{ème} colloque de médecine et psychanalyse ;éditions études freudiennes.
7. Gargiulo M. L'annonce d'un diagnostic grave. Abstract neurologie numéro 45 ; février 2005 ; 19-21.
8. Selmès J, Derouesné C. Réflexions sur l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. Volume 2, numéro 2, 133-140, juin 2004, Synthèse.
9. Fainzang S. La relation médecin-malade : information et mensonge. Éditions ethnologie, PUF, 2006.
10. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. INCa, 2006.

Pour en savoir plus

- Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news : consensus guidelines for medical practitioners. Journal of Clinical Oncology. 1995; 13,9 : 2449-2456.
- Hoerni B. Annoncer de « mauvaises nouvelles » en cancérologie. Bulletin du cancer. vol 91, n°10 : 805-7, octobre 2004, tribune libre.
- Nahum S. Annoncer une maladie grave, l'exemple du cancer. Presse médicale. 2007 ; n°36 cahier 2 : 1-5.
- Corbet E, Greco J. Représentations et réalités de l'annonce du handicap ; handicap et inadaptations, les cahiers du CTNERHI, Le Handicap : effets d'annonce, n°63, juillet-septembre 1994, 17-28.
- Information des patients. Recommandations destinées aux médecins ; Anaes, mars 2000.
- Wolkenstein P, Consoli S, Roujeau J.C, Grob JJ. La relation médecin-malade, l'annonce d'une maladie grave, la formation du patient atteint de maladie chronique, la personnalisation de la prise en charge médicale. Ann.Dermatol-vénérol. 2002 ;129 : 35-41.
- Chastaing M. Information au malade atteint de maladie grave. Ann.psychiatrie 1998 ; 13 : 101-116.
- Enquête auprès des patients atteints de cancer quant à l'annonce de leur maladie. TNS Sofrès Health Care ; 4e Assises nationales des centres de lutte contre le cancer 24 octobre 2007.

<http://www.infos-patients.net>

J'annonce une mauvaise nouvelle

De quoi s'agit-il?

Tout policier, quel que soit son grade, peut être amené, au cours de sa carrière, à annoncer une mauvaise nouvelle : des blessures graves, une disparition, un décès...

Cette annonce constitue un moment profondément marquant, souvent dramatique pour celui qui la reçoit. Elle est également une épreuve pour le policier qui risque de se projeter dans la douleur de la victime ou de ses proches.

Cette mission, qui réclame une grande humanité et où se joue l'image de notre institution, est difficile. Comment faire pour la mener à bien ?

Ce qu'il faut savoir

Je me présente physiquement pour annoncer la mauvaise nouvelle

Se présenter physiquement (à deux ou trois) donne un aspect solennel à la démarche et délivre un message de respect aux proches de la victime tout en les préparant à recevoir la nouvelle.

En cas d'absence des proches, il est important de tenter une visite ultérieure. En cas d'impossibilité de se déplacer personnellement, un équipage territorialement compétent doit être spécialement chargé de transmettre la nouvelle. Il faut éviter toute annonce par téléphone.

Ce déplacement doit rester discret pour ne pas susciter la curiosité malsaine. Il faut, alors, demander la permission de pénétrer dans le domicile.

J'annonce la nouvelle sans tarder, avec calme, brièveté et tact

La nouvelle doit être formulée par un seul policier qui se sera assuré de l'exactitude des informations à communiquer et qui aura préalablement réfléchi à ce qu'il va dire.

Sur place, il est important de s'exprimer sans attendre, sur un ton calme et de s'en tenir aux faits, sans entrer dans les détails, avec tact (« Je viens pour votre fille... Elle a eu un accident... Elle a été gravement blessée... Elle n'a pas survécu à ses blessures »...).

Il faut éviter de faire deviner, dissimuler, enjoliver, relativiser les faits ce qui serait de nature à insinuer le doute sur ce qui s'est passé.

Je laisse la personne s'exprimer et réponds à ses questions

Il faut laisser à la personne le temps d'intégrer la mauvaise nouvelle et d'exprimer ses émotions (colère, agressivité, distance, larmes, silence ...).

La présence calme et silencieuse des policiers et leur attitude bienveillante à l'égard de l'entourage, sont autant de facteurs de réconfort. Il conviendra dans tous les cas d'éviter la présence des enfants pour qui l'annonce peut engendrer un réel traumatisme psychologique.

Il faut répondre aux questions de manière calme et brève. Certaines attitudes sont à éviter : tenir des propos culpabilisants ("vous n'auriez pas dû le laisser sortir..."), porter un jugement ("il n'a pas été raisonnable"), évoquer des cas similaires, donner des informations morbides qui n'ont pas été réclamées, avoir réponse à tout, être positif à tout prix.

En cas de mauvaise nouvelle particulièrement dramatique, il faut quitter les lieux en s'assurant, autant que possible, que le proche ne reste pas seul. Il peut aussi être orienté vers un professionnel du soutien au sein de l'institution ou une association.

En résumé

Annoncer une mauvaise nouvelle implique de le faire physiquement, de manière calme, brève et diplomate, tout en se préservant soi-même.

Cette approche garantit une attitude empreinte d'humanité, respectueuse de la douleur des proches et digne de l'institution policière.

L'ANNONCE DE DÉCÈS



ATTITUDES PRÉCONISÉES

- ✓ Se montrer calme et prendre le temps nécessaire
- ✓ Faire preuve de tact et de professionnalisme
- ✓ Éviter les banalités et les approximations, ne pas minimiser
- ✓ Laisser s'exprimer votre interlocuteur et rester à son écoute
- ✓ Être vigilant et se tenir à disposition

ÉTAPES

1 LA PRÉPARATION

S'assurer d'être dans de bonnes conditions

- ☐ En binôme
- ☐ De vive voix, aux côtés des proches de la victime
- ☐ Évaluer la situation (chaque cas est singulier)
- ☐ Informations préalables à recueillir

2 L'ANNONCE

- ☐ Formuler l'annonce de manière claire et factuelle
- ☐ Apporter des explications suffisantes (dans le respect du secret de l'enquête)

3 LA GESTION DES ÉMOTIONS

- ☐ Différentes réactions possibles
- ☐ Aider les familles à supporter le choc tout en se protégeant

4 LE BESOIN D'INFORMATIONS

- ☐ Identifier les besoins des proches (volonté de voir le corps, démarches à réaliser, soutien possible à solliciter...)
- ☐ Renseigner sur la procédure à venir (autopsie, actes d'enquête...)
- ☐ Orienter les familles pour qu'elles puissent prendre des décisions adaptées

MISSION AYANT UN IMPACT
POUR LE GENDARME,
**QUELLE QUE SOIT
SON EXPÉRIENCE ...**

APRÈS L'ANNONCE

POUR LE GENDARME

- ✓ Référer des difficultés rencontrées
- ✓ Parler avec ses pairs pour libérer ses émotions (culpabilité, impuissance, résurgence d'une épreuve personnelle...)

POUR L'UNITÉ

- ✓ Attitude contenante de la VH
- ✓ Proposition systématique d'un soutien psychologique Dialogue à chaud, puis debriefing à froid (minimum 48 heures)



**DÉBRIEFING
SYSTÉMATIQUE**

L'annonce de décès

un premier temps essentiel pour amorcer le mieux possible le travail de deuil

L'annonce de décès

Elle incombe au médecin sauf s'il n'est pas intervenu dans la prise en charge

La présence d'un collègue est recommandée comme soutien

Elle s'adresse à l'entourage de la victime, par ordre de priorités des liens et en capacité de recevoir l'information

Pour les enfants, le discours doit être adapté à l'âge, en présence d'un parent



L'attitude soignante

Elle doit être empathique, basée sur une écoute et un respect des silences et des émotions exprimées

Reconnaitre la souffrance ressentie

Le message

Il n'existe pas de message stéréotypée

Il importe de nommer les choses simplement, en regardant le sujet en face et en évitant des informations trop techniques

Eviter les termes qui renvoient à la déshumanisation « c'est horrible, terrifiant, atroce ... »

Pas de projection dans un avenir hypothétique, rester dans "l'ici et maintenant"

Supporter les réactions émotionnelles immédiates, y compris une certaine agressivité

Eviter la déculpabilisation et la dédramatisation



Un cadre contenant

Disposer de temps et d'un espace calme pour entrer en relation et s'adapter au contexte du décès est essentiel



Une démarche spécifique : l'annonce est un temps difficile, elle ne s'improvise pas et ne relève pas du seul "bon sens"



FORMATION CONTINUE DES MAGISTRATS

FACE AU DEUIL : DEVELOPPER SON PROFESSIONNALISME

du 9 au 10 décembre 2021

Lieu de la formation :

**Ecole Nationale de la Magistrature
Petit amphithéâtre
3ter Quai aux Fleurs
75004 PARIS**

Directrices de session :

***Madame Sylvie MOLEND**, Docteure en psychologie, Psychologue clinicienne et de recherche, Responsable du pôle Formation & bonnes pratiques, Centre National de Ressources et de Résilience, Volontaire de la CUMP 59, membre de Task Force de l'urgence médico-psychologique et psychothérapeute au Centre Régional du Psychotraumatisme des Hauts-de-France*

***Madame Elen VUIDARD**, Criminologue, Officier de gendarmerie, Conseillère en charge de la coordination des dispositifs territoriaux, Délégation interministérielle à l'aide aux victimes, Ministère de la Justice*

Coordonnatrice de formation :

Madame Marie LEAL MARTINI
Magistrate coordonnatrice de formation continue
Marie.Leal-Martini@justice.fr

Assistante de formation :

Madame Corinne JOLY
Assistante de formation
corinne.joly@justice.fr

Jeudi 9 décembre 2021

10h00-10h15 **Ouverture et présentation de la session**

Madame Sylvie MOLEND, Directrice de session

Madame Elen VUIDARD, Directrice de session

Madame Marie LEAL MARTINI, Magistrate coordonnatrice de formation continue

10h15- 12h30 **Travaux en sous-groupes**

- ✓ Travail sur les représentations en lien avec la mort, le traumatisme psychologique et le deuil
- ✓ Travail de réflexion sur l'impact émotionnel de la mort, du traumatisme psychologique et du deuil dans le cadre de l'exercice professionnel

Madame Sylvie MOLEND, Directrice de session

Madame Elen VUIDARD, Directrice de session

12h30-14h00 Pause déjeuner

14h00- 16h00 **Quels réflexes professionnels pour le magistrat pénaliste confronté à la mort ?**

- ✓ Dans le cadre du traitement en temps réel (autopsie, permis d'inhumer, dons d'organes, présentation du corps)
- ✓ Dans le cadre de l'instruction (permis d'inhumer, entretien avec les familles endeuillées)
- ✓ Dans le cadre de l'audience de jugement

Monsieur Patrick RAMAEL, Président de cour d'assises, Aix en Provence

16h00- 16h15 Pause

16h15- 17h45 **Rapport à la mort et rites funéraires selon les cultures et religions**

Madame Manon MONCOQ, doctorante en Anthropologie du Funéraire et de l'Environnement, Chargée de TD en Anthropologie à l'Université de Tours, Chercheure, intervenante et diplômée Conseillère Funéraire

Vendredi 10 décembre 2021

9h00- 11h00 **Deuil, traumatisme psychologique et complications :**

- ✓ Le processus du deuil : de son évolution, favorable à ses complications
- ✓ La charge psychique du travail : liens entre épuisement émotionnel et confrontation à la mort
- ✓ Le traumatisme psychique : de son évolution favorable à ses complications
- ✓ Le deuil en contexte traumatique

Madame Sylvie MOLEND, Docteure en psychologie, Psychologue clinicienne et de recherche

11h00-11h15	Pause
11h15-12h30	Préparation aux mises en situation pratiques d’entretien avec les familles endeuillées (présentation du cadre, des objectifs et des outils) <i>Monsieur Pascal BARRE, Psychologue clinicien, Adjoint à la cheffe de service de soutien psychologique opérationnel (SSPO) de la police nationale</i>
12h30-14h00	Pause déjeuner
14h00-16h00	Mises en situation pratique d’entretien avec les familles endeuillées <i>Monsieur Pascal BARRE, Psychologue</i> <i>Madame Sylvie MOLENDI, Directrice de session</i> <i>Madame Elen VUIDARD, Directrice de session</i>
16h00-16h30	Débriefing et clôture de la session



ORGANISATION DU SECOURS A PERSONNE ET DE L'AIDE MEDICALE URGENTE

REFERENTIEL COMMUN

*Élaboré par le comité quadripartite associant
les représentants
des structures de médecine d'urgence
et des services d'incendie et de secours,
la DDSC et la DHOS*

25 juin 2008

Direction de la défense et de la sécurité civiles
Sous-direction des sapeurs-pompiers et des acteurs du secours
Place Beauvau
75800 PARIS

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation du système de soins
14 Avenue Duquesne
75350 PARIS

Sommaire

LETTRE DE MISSION	4
DU COMITE QUADRIPARTITE.....	4
Michèle ALLIOT-MARIE Roselyne BACHELOT-NARQUIN.....	7
COMPOSITION DU COMITE QUADRIPARTITE.....	8
RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF	11
ET REGLEMENTAIRE.....	11
I. Les structures publiques concourant aux secours à personne et aux soins d'urgence.....	12
A. Le service d'incendie et de secours.....	12
B. Les structures hospitalières de médecine d'urgence.....	13
1. Les missions du SAMU.....	13
2. La régulation médicale et l'intervention médicale.....	14
3. Le SMUR.....	14
TITRE I.....	16
LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN DETRESSE.....	16
II. Le traitement de l'appel.....	17
La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représentent l'étape initiale qui conditionne le déclenchement des moyens de secours adaptés. Trois numéros 15, 18 et 112 sont accessibles à la personne en détresse. Ils sont hébergés dans deux centres publics de réception et de traitement : le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15 du SAMU de l'établissement hospitalier et le centre de traitement des alertes (CTA) 18 du SIS..	17
Les deux centres de réception des appels ou des alertes sont interconnectés pour assurer l'optimisation de la réponse apportée par la chaîne de secours et de soins d'urgence.	17
A. Les supports des interconnexions CTA - CRRA.....	17
1. L'interconnexion informatique.....	17
2. L'interconnexion radiophonique ou téléphonique.....	17
B. Les procédures d'interconnexion.....	18
1. Les départs réflexes des moyens du SIS avant régulation médicale.....	18
2. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA.....	19
3. Les appels reçus au CRRA à transférer au CTA.....	19
C. La régulation médicale de l'appel.....	19
Cette mission incombe aux SAMU-Centre 15 des établissements publics de santé.	19
1. Analyse médicale de l'appel.....	20
2. Conseil médical téléphonique.....	20
D. Situations de carence	20
III. La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel.....	22
A. Réponse secouriste.....	22
1. Les moyens de la réponse secouriste.....	22
2. Le bilan secouriste.....	23
B. Les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence.....	26
1. Le cadre juridique de l'exercice des ISP.....	26
2. Les conditions générales d'emploi des ISP.....	27
3. Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire.....	27
4. Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence.....	28
5. Les principes de responsabilité.....	30
6. La formation et l'évaluation des ISP	30
C. La réponse médicale.....	30
1. Les médecins correspondants du SAMU.....	31
2. Les médecins du Service de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers.....	33
3. Les SMUR.....	34
4. L'intervention médicale sur le terrain.....	35
Titre II.....	37

L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION.....	37
IV. La démarche qualité.....	38
A. Organisation, procédures, comité de suivi.....	38
B. Evaluation des structures.....	38
1. Plates-formes de traitement des appels.....	38
2. Evaluation de la couverture territoriale.....	39
C. Données quantitatives.....	39
1. Les bilans d'activité.....	39
2. Les délais.....	39
D. Données qualitatives.....	39
V. Le financement.....	41
Les ministères de tutelle définissent, en concertation avec les élus, les règles qui s'appliquent à la prise en charge financière des interventions relevant du SAP ou de l'AMU, dans les conditions définies ci-dessous. Il est rappelé que les missions des SIS sont financées à titre principal par les collectivités territoriales et celles des SAMU par l'assurance maladie.....	
A. Missions du SIS assurées par le SIS.....	41
B. Missions d'aide médicale urgente assurées par le SIS.....	41
1. Appui logistique aux SMUR.....	41
2. Evacuation par indisponibilité d'ambulanciers.....	42
C. Relevage et brancardage.....	43
VI. Axes de progrès, évolutions du dispositif.....	44
A. Les systèmes de transmission et d'informatisation.....	44
1. Un axe stratégique commun pour l'interopérabilité : ANTARES.....	44
2. Des systèmes communs pour l'exploitation de l'interopérabilité ANTARES	45
B. La formation.....	47
1. Rôle des sociétés savantes.....	47
2. Comité pédagogique national.....	47
C. Comité de suivi.....	47
D. Points divers.....	47
1. Relations avec la justice et les forces de l'ordre en intervention.....	47
2. Relations avec les médias	48
3. Information du public sur le bon emploi des numéros d'urgence.....	48
4. Traitement des appels de téléalarmes.....	48
5. Financement des indisponibilités.....	48
6. Plates-formes télé médico-sociales et sanitaires.....	48
Tout secours à personne sur la voie publique, dans un lieu public, dans un établissement recevant du public.....	50
Le service rendu.....	59
Annexe I Motifs de départ réflexe des moyens du SIS	50
Annexe II Cas de bilan simplifié à la régulation médicale	51
Annexe III Circonstances de décès certain	52
Annexe IV La victime refuse l'évacuation	53
Annexe V Les hospitalisations sans le consentement	54
Annexe VI Liste indicative de protocoles infirmiers de soins d'urgence	56
Annexe VII Les indicateurs	57
Annexe VIII Calendrier prévisionnel du programme ANTARES	61
Glossaire	64

LETTRE DE MISSION
DU COMITE QUADRIpartite

MINISTERE DE L'INTERIEUR,
DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITES
TERRITORIALES

MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Paris, le 26 novembre 2007

**Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer
et des collectivités territoriales
La ministre de la santé, de la
jeunesse et des sports**

à

**Messieurs les membres du
Comité Quadripartite sur le Secours à
Personne**

Notre système médical et de secours repose sur trois piliers :

- La permanence des soins
- Le secours aux personnes
- Les structures hospitalières de médecine d'urgence.

Le Président de la République a demandé dans son discours au congrès de la fédération nationale des sapeurs-pompiers que soit engagé sans délai un travail de clarification des missions, en associant les sapeurs-pompiers et les médecins urgentistes. Pour répondre à cet objectif, nous avons décidé la création d'un comité quadripartite piloté par nos deux départements ministériels.

Ce groupe de travail est chargé de faire des préconisations visant l'amélioration des coordinations fonctionnelles entre les missions de secours à personne et la prise en charge des urgences médicales, à tous les niveaux.

Le dispositif actuel, qui repose sur une distinction entre les missions de secours et celles qui relèvent de l'urgence médicale n'est pas remis en cause. Si les centres 15 font face à un nombre de plus en plus important d'appels et nécessitent une modernisation technologique, le rôle du SAMU dans la régulation médicale des appels est réaffirmé. Pour autant, la nécessité d'optimiser les moyens conduits à améliorer la coordination entre SAMU, centres 15 et SDIS ainsi que la répartition de certaines tâches, en prenant

en compte le maillage territorial des centres de secours et des structures de médecine d'urgence.

L'augmentation et l'évolution des demandes adressées aux services de secours et structures de médecine d'urgence, la grande hétérogénéité des situations d'un département à l'autre, ainsi que le manque de clarté dans le partage des compétences rendent nécessaire un travail sur l'organisation de notre dispositif de secours à personne et d'urgence médicale.

La tâche principale de ce comité quadripartite sera de définir un référentiel commun sur le partage des responsabilités dans l'exercice des missions de secours à personne, précisant notamment celles qui sont du ressort de la permanence des soins, celles qui sont du ressort du prompt secours et celles qui sont du ressort de l'urgence médicale.

Le comité formulera des propositions pour améliorer l'efficacité des prises en charges en urgence dans trois domaines :

- la cohérence de l'action institutionnelle et des organisations territoriales,
- la gradation des prises en charge,
- la rémunération des interventions des SDIS effectuées à la demande des SAMU et qui ne font pas partie de leurs missions propres.

1. Une action institutionnelle conjointe :

Au niveau central, les deux directions de tutelle doivent mieux se coordonner. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la direction de la défense et de la sécurité civiles sont appelées à travailler conjointement sur les sujets partagés.

Au niveau de chaque région, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) devront être rapprochés pour être mis en cohérence. Le comité de pilotage fera part de son analyse et de ses propositions sur le projet de circulaire préparé par la DHOS et la DDSC afin d'en permettre la signature avant fin 2007.

S'agissant des interconnexions entre services, le comité pourra s'appuyer notamment sur les conclusions de la mission commune IGA/CGHS/IDSC, dont l'objet est de formuler des recommandations quant aux modalités d'interconnexion les plus performantes (interfaces virtuelles, plates-formes communes etc.). Il conviendra d'engager une réflexion sur les compétences nécessaires dans les centres de réception des appels, et de prendre en considération l'impact du déploiement du réseau numérique de communication ANTARES.

2. Mettre en place une réponse graduée des secours et la reconnaissance d'une responsabilité d'orientation de l'intervenant de premier niveau :

Le comité de pilotage établira sur les bases des données actuelles de la science, un référentiel des interventions SDIS/SAMU, avec une typologie des pathologies et des circonstances aggravantes, en vue de préciser les cas dans lesquels le premier niveau détient une capacité de décision propre, dans un esprit de qualité des soins et de rapidité des prises en charge.

Ce référentiel, qui devra définir les modalités de traitement des appels et d'élaboration des réponses adaptées en termes de prise en charge, sera rédigé pour le mois de février 2008. Il pourra s'appuyer sur la présentation des modalités organisationnelles mises en place dans certains départements.

Il devra présenter ses travaux dès le début de l'année prochaine. La mise en œuvre du référentiel fera l'objet d'une expérimentation et d'un suivi. Un comité de suivi et d'évaluation validera étape après étape les conditions de mise en œuvre nationale du dispositif.

3. Permettre la rémunération des interventions réalisées par les SDIS à la demande des SAMU et en dehors de leurs missions propres :

Les interventions qui sont demandées par le SAMU, et qui ne font pas partie des missions des SDIS, doivent pouvoir faire l'objet d'une rémunération spécifique. Le comité de pilotage précisera ces missions afin de les encadrer strictement, y compris au niveau financier.

Les travaux commenceront début décembre selon l'ordre du jour annexé.

Un premier rapport d'étape sera présenté par le comité fin février.

**Michèle ALLIOT-MARIE
NARQUIN**

Roselyne BACHELOT-

COMPOSITION DU COMITE QUADRIpartite

Préfet Henri MASSE, Directeur de la Défense et de la Sécurité Civiles,
Madame Annie PODEUR, Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins,

Colonel Richard VIGNON, Président de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France.
Colonel Hervé ENARD, Vice-président de l'Association Nationale des Directeurs de SIS,
Médecin Colonel Jean-Yves BASSETTI, Vice-président de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France,
Médecin Colonel Francis LEVY, Médecin chef du SDIS du Haut Rhin,

Professeur Pierre CARLI, Médecin chef du SAMU de Paris,
Docteur Marc GIROUD, Président de SAMU de France,
Docteur Patrick GOLDSTEIN, Président de la Société Française de Médecine d'Urgence,
Docteur Patrick PELLOUX, Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France,

Rédacteurs :

Médecin général (2S) Henri JULIEN, Conseiller technique du directeur de la sécurité civile,
Docteur Pierre SIMON, Conseiller général des établissements de santé,
Médecin chef des services Jean Jacques KOWALSKI, Conseiller santé du directeur de la sécurité civile.

Participants :

Monsieur Bertrand CADIOT, Sous-directeur des sapeurs-pompiers et des acteurs de secours,
Madame Martine KRAWCZAK, Sous-directrice de l'organisation du système de soins,
Monsieur Philippe DESCHAMPS, Adjoint au sous-directeur des sapeurs-pompiers et des acteurs de secours,
Monsieur Philippe PINTON, adjoint à la sous-directrice de l'organisation du système de soins,
Monsieur Arnaud LAUGA, Chef du bureau des services d'incendie et de secours,
Madame Dominique RENARD, Chef du bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins,
Madame Perrine RAME-MATHIEU, Adjointe au chef du bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins,
Madame Virginie LEHEUZEY, Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins,

Ont également participé aux travaux :

La mission conjointe ministère de l'intérieur, ministère de la santé, d'évaluation des plates-formes communes :

Madame Clotilde VALTER, Inspection Générale de l'Administration,
Docteur Pierre SIMON, Conseil général des établissements de santé,
Colonel Robert BOUGEREL, Inspection des Services d'Incendie et de Secours.

Ont participé :

Docteur François BRAUN, Vice-président de la Société Française de Médecine d'Urgence,
Monsieur Philippe BRISSAUD, Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers,
Madame Anne-Marie DORE, Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers,
Madame Catherine GIRAUD, Bureau des Services d'Incendie et de Secours,
Colonel Benoît MAZEAU, Bureau des Services d'Incendie et de Secours.

Les responsables SAMU et SDIS des départements de l'Ain, de la Loire Atlantique, de la Meuse, du Pas de Calais.

PREAMBULE

Le 29 septembre 2007, Monsieur Nicolas SARKOZY, Président de la République, devant le constat d'une augmentation considérable des demandes en direction des services publics chargés de répondre aux situations d'urgence, a souhaité « revivifier notre service public » et « remettre la victime, le citoyen, le patient, l'utilisateur et la personne au cœur du dispositif ».

A cet effet, Madame ALLIOT-MARIE, Ministre de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales et Madame BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, ont confié à un comité quadripartite réunissant leurs administrations respectives, les représentants des sapeurs-pompiers et des urgences hospitalières, la mission d'écrire un référentiel visant à l'amélioration des coordinations fonctionnelles entre les missions de secours à personne assurées par les SDIS et la prise en charge des urgences médicales réalisée par les SAMU.

Ce texte précisant les missions et l'organisation dans la complémentarité des deux services publics qui participent aux secours et soins d'urgence, a été élaboré selon les principes suivants :

- respect des missions, statuts, prérogatives et des organisations en place de chacun des deux services publics concourant à la distribution des secours et à l'aide médicale urgente ;
- nécessité de valeurs et d'une démarche éthique communes en tout point du territoire, au service des victimes et des patients ;
- meilleure coordination des services publics pour assurer en tout point du territoire national, la réponse la mieux adaptée et la plus rapide à une situation d'urgence ou de détresse ;
- inscription de l'évolution actuelle et future de la chaîne des secours et de l'aide médicale urgente dans une démarche d'évaluation et de qualité en mettant en place des instances de pilotage nationales et locales qui permettent à tout moment de l'adapter en fonction des données de la science et de l'évolution des technologies.

Le présent document n'est pas destiné à modifier les missions des autres intervenants du secours que sont notamment les entreprises de transport sanitaire ou les associations de sécurité civile¹ Il a pour objet de préciser les conditions d'intervention respectives des SAMU et des SDIS.

Le comité quadripartite considère que la chaîne de secours et d'aide médicale française possède trois spécificités qui font son originalité et fondent son efficacité :

- la participation des sapeurs-pompiers aux premiers secours, ce qui contribue à la couverture de proximité du territoire et à la qualité de la réponse initiale.

¹ Article 35 de la loi du 13 août 2004

- la régulation médicale des appels par un médecin qui contribue à sécuriser l'appelant et à garantir une adéquation optimale entre la demande et la réponse médicale.
- la médicalisation et la réanimation préhospitalière en urgence des patients chaque fois que nécessaire pour garantir la meilleure qualité de la prise en charge.

Ce dispositif, associe des moyens publics et peut faire appel à des moyens privés. Le Préfet du département est directeur des opérations de secours en toutes circonstances.

L'ensemble du dispositif, placé sous la responsabilité des pouvoirs publics, codifié par le code de la santé publique (CSP) et le code général des collectivités territoriales (CGCT), doit permettre une articulation locale souple mais efficiente des moyens publics en tenant compte de la diversité du territoire national.

Les deux services publics qui participent aux secours et soins d'urgence ont pour mission d'apporter en complémentarité une réponse adaptée dans laquelle l'efficacité et l'équité doivent être la règle, la personne en détresse restant au cœur des réflexions et des préoccupations.

Ce référentiel est le résultat de ce travail commun, essentiellement centré sur la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Il constitue dorénavant la doctrine française des services publics en matière d'organisation des secours et soins urgents au quotidien.

RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF
ET REGLEMENTAIRE

I. Les structures publiques concourant aux secours à personne et aux soins d'urgence

Les missions des deux services publics engagés dans les secours et soins d'urgence à la population, le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service d'Incendie et de Secours (SIS), sont précisées par la loi.

Les missions de la Sécurité civile sont assurées « principalement par les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires des services d'incendie et de secours ainsi que par les personnels des services de l'Etat et les militaires des unités qui en sont investis à titre permanent »².

Par ailleurs le service public hospitalier « concourt, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente »³.

A. Le service d'incendie et de secours

Dans le cadre de ses compétences, le SIS exerce les missions suivantes⁴ :

- la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- la protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Le SIS comprend un service de santé et de secours médical (SSSM)⁵, ce dernier exerce les missions suivantes⁶ :

- la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;
- l'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article R. 1424-28 ;
- le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité ;
- le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;
- la participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personne ;
- la surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

En outre, le service de santé et de secours médical concourt :

- aux missions de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;

² Loi n° 2004-811 de modernisation de la Sécurité civile du 13 août 2004

³ Article L 6112-1 du Code de la santé publique (CSP)

⁴ Article L.1424-2 du Code général des collectivités territoriales (CGCT)

⁵ Article R 1424-1 du CGCT

⁶ Article L1424-24 du CGCT

- aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;
- aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

Le secours à personne se caractérise comme l'ensemble des missions du SIS qui consiste à :

- assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et à en évaluer le résultat ;
- réaliser l'envoi de renforts dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin après avoir informé la régulation médicale du SAMU lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux⁷ ;
- réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

Le prompt secours est défini en France dans la circulaire du 18 septembre 1992, définition reprise dans la circulaire conjointe, Ministère de la santé et Ministère de l'intérieur du 29 mars 2004 relative aux rôles des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale urgente, : « ...une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil».

Enfin le SIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L1424-2. S'il a procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration⁸.

B. Les structures hospitalières de médecine d'urgence

1. Les missions du SAMU

Dans le cadre de l'aide médicale urgente qui « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état »⁹, le SAMU, service hospitalier, a pour mission

⁷ Article. R.6311-6 du CSP

⁸ Article L.1424-42 du CGCT

⁹ Article L-6311-1 du CSP

« de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS »¹⁰.

Les SAMU comportent un centre de réception et de régulation des appels (CRRA).

Les SAMU assurent la régulation médicale des situations d'urgence et pour atteindre cet objectif ¹¹ :

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

Dans ce cadre, outre ses moyens propres et ceux des SIS, le SAMU peut faire intervenir pour l'accomplissement de ses missions les moyens privés que sont :

- les transporteurs sanitaires privés ;
- les médecins et paramédicaux libéraux.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité du SAMU, est déterminée par convention¹².

2. La régulation médicale et l'intervention médicale

La régulation médicale du SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse.

Lorsque l'appel, considéré comme un secours à personne, parvient au centre de traitement des alertes du SIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception¹³. Cette interconnexion permet, « dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des SIS dotés du numéro d'appel 18, ainsi que ceux des services de police et de gendarmerie¹⁴. »

3. Le SMUR

Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) assure, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé¹⁵. Il est composé d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier. Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Cette unité basée à l'hôpital et active 24 heures sur 24 intervient sur demande du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

¹⁰ Article R.6311-1 du CSP

¹¹ Article R.6311-2 du CSP

¹² Article R.6311-8 du CSP

¹³ Article L.6112-5 du CSP

¹⁴ Article R.6311-6 du CSP

¹⁵ Article R. 6123-15 du CSP

TITRE I

LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN DETRESSE

II. Le traitement de l'appel

La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représentent l'étape initiale qui conditionne le déclenchement des moyens de secours adaptés. Trois numéros 15, 18 et 112 sont accessibles à la personne en détresse. Ils sont hébergés dans deux centres publics de réception et de traitement : le centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) 15 du SAMU de l'établissement hospitalier et le centre de traitement des alertes (CTA) 18 du SIS.

Les deux centres de réception des appels ou des alertes sont interconnectés pour assurer l'optimisation de la réponse apportée par la chaîne de secours et de soins d'urgence.

La réponse à l'appel ou à l'alerte est assurée dans le meilleur délai compatible avec la nature de la détresse et l'intérêt du patient ou de la victime. Plusieurs indicateurs objectivent l'efficacité et l'efficience de la coordination des équipes du SAMU et du SIS, ainsi que la pertinence des moyens engagés et mettent l'accent sur :

- les délais des décrochés ;
- les délais de déclenchement et d'intervention des moyens opérationnels adaptés ;
- la pertinence des moyens engagés.

A. Les supports des interconnexions CTA - CRRRA

L'interconnexion est informatique et radiotéléphonique.

1. L'interconnexion informatique

Un interfaçage entre les logiciels propres au CRRRA et au CTA doit exister lorsque le logiciel d'interconnexion n'est pas commun.

Quelle que soit la solution informatique utilisée, certaines données de l'appel à partager en temps réel doivent apparaître simultanément sur les écrans du CRRRA et du CTA, notamment :

- la localisation et l'identification de l'appelant,
- la nature de l'appel,
- la localisation des moyens disponibles pour intervenir,
- le suivi des interventions communes en cours,
- les données opérationnelles (horaires, délais, géo-localisation).

2. L'interconnexion radiophonique ou téléphonique

Elle permet la bascule simple ou la mise en conférence à trois selon la nature de l'appel. Des lignes téléphoniques dédiées assurent la liaison directe entre le CRRRA et le CTA.

Le réseau radio numérique commun (ANTARES), en cours de généralisation (cf. chapitre axes de progrès), permet d'assurer le suivi et l'écoute conjointes des moyens engagés, la transmission et la réception des bilans adressés du lieu de l'intervention et, à terme, la télétransmission de certaines données.

La veille du réseau commun secours et soins d'urgence (SSU) par les deux services est permanente.

B. Les procédures d'interconnexion

Des procédures écrites d'interconnexion entre le CRRA et le CTA sont mises en place de façon formelle.

L'interconnexion vise par tout moyen radiotéléphonique et informatique à ce que l'information déjà donnée par l'appelant au premier opérateur ne soit pas répétée. L'analyse de l'appel reçu obéit à des algorithmes communs qui permettent la même réponse quel que soit le centre de réception où l'appel ou l'alerte est reçu.

L'interconnexion assure une information en temps réel sur la disponibilité et la localisation des moyens propres au CTA et au CRRA. Cette information est actualisée et échangée, et tout déclenchement d'une opération de secours est accompagné simultanément d'une information opérationnelle mutuelle entre les deux services.

La mise en conférence téléphonique à trois (appellant, CRRA et CTA) est pratiquée, si nécessaire, dans les conditions suivantes :

- le secret professionnel est respecté.
- l'appelant est informé du début et de la fin de la conférence à trois.
- le stationnaire du CTA quitte cette conférence lorsque la nécessité ou non d'envoyer un moyen du SIS a été décidée par le médecin régulateur du SAMU.

Chaque centre informe l'autre lorsqu'il alerte les services de police ou de gendarmerie d'une intervention de secours à personne.

1. Les départs réflexes des moyens du SIS avant régulation médicale

Dans les situations présentées à l'annexe I, l'engagement des moyens de secours précède la régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au SIS, c'est l'opérateur du CTA qui engage les moyens disponibles du SIS, puis il transfère l'appel ou les informations au CRRA en vue d'une régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au CRRA, le permanencier auxiliaire de régulation médicale demande au CTA l'engagement d'un moyen du SIS, en précisant le motif, puis transfère l'appel au médecin régulateur du SAMU, pour un engagement éventuel du SMUR.

Les situations de départ réflexe sont de trois natures : la détresse vitale identifiée à l'appel, les interventions sur la voie publique ou dans les lieux publics et certaines circonstances de l'urgence.

a) L'urgence vitale identifiée à l'appel

Les situations d'urgence vitale à l'appel sont répertoriées et décrites dans l'annexe I. La liste et leur description peuvent évoluer avec les connaissances acquises de la science et de l'éthique.

Lorsque l'urgence vitale n'est pas identifiée ou identifiable, mais suspectée par l'opérateur qui reçoit l'appel, un départ réflexe du SIS est justifié.

b) La voie publique ou le lieu public

Lorsque l'appel ou l'alerte concerne un lieu situé sur la voie publique ou un lieu public un départ réflexe du SIS est justifié.

c) Les circonstances d'urgence

Certaines circonstances présentent des risques particuliers et justifient un départ réflexe. Leur liste indicative figure en annexe I.

2. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA

Ces transferts peuvent prendre deux formes en fonction des circonstances. Une bascule simple, sans saisie d'information, lorsque l'appel concerne d'évidence le SAMU et plus particulièrement :

- la permanence des soins (PDS).
- les demandes de transports ambulanciers.
- les demandes de renseignements ou de conseils médicaux.

Une transmission immédiate de l'information lorsque l'appel concerne l'aide médicale urgente¹⁶.

3. Les appels reçus au CRRA à transférer au CTA

Tout appel arrivé au CRRA et qui relève des missions du SIS, est transmis immédiatement au CTA.

C. La régulation médicale de l'appel

La régulation médicale de l'appel d'une personne en détresse a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à la situation décrite par l'appelant.

Cette mission incombe aux SAMU-Centre 15 des établissements publics de santé.

Par une écoute médicale permanente, elle détermine et déclenche dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, en respectant le libre choix de la personne, fait préparer son accueil dans l'établissement choisi, organise le cas échéant le transport vers l'établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou une entreprise privée de transport sanitaire, veille enfin à l'admission du patient.

L'organisation de la régulation médicale repose sur une collaboration étroite entre le médecin régulateur et les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) sur lesquels le médecin régulateur a une autorité fonctionnelle.

Le SIS participe à l'aide médicale urgente. A ce titre, le médecin régulateur demande l'engagement des moyens du SIS en vue d'apporter la réponse médicale la plus appropriée à l'état de la personne en détresse.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU (le PARM ou le médecin régulateur) fait immédiatement intervenir les SMUR. Le médecin régulateur peut solliciter en complément du SMUR ou seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens du SIS.

¹⁶ Article L.6311-1 du code de la santé publique

La régulation médicale est systématique quel que soit le lieu où se trouve la personne ou quel que soit le cheminement initial de l'appel. Elle se fait après départ de l'équipe de prompt secours, mais dans les meilleurs délais, en cas de départ réflexe.

La régulation médicale d'une personne en détresse doit être optimale dans les délais de contact avec le médecin régulateur, et dans la qualité des informations transmises. Elle doit de ce fait reposer sur des procédures rigoureuses et actualisées et employer les meilleures techniques d'interconnexion entre les centres d'appel CRRA et CTA. Cette interconnexion doit bénéficier des avancées technologiques continues dans le domaine des nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC).

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU coordonne la prise en charge médicale. A cet effet, il s'assure de la pertinence des moyens engagés, suit le déroulement des opérations, vérifie que ces moyens arrivent au lieu de l'appel dans les délais compatibles avec le degré de gravité avéré ou supposé de la personne en détresse et détermine l'orientation vers le plateau technique ou la structure hospitalière compétent et adapté.

1. Analyse médicale de l'appel

La régulation médicale est un acte médical qui repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien singulier entre le médecin et l'appelant ou une personne de l'environnement de la personne en détresse.

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

Tout appel vécu par l'appelant comme ayant un caractère d'urgence médicale est transmis au CRRA.

Le dialogue singulier qui s'instaure entre l'appelant et le médecin régulateur du SAMU permet une analyse sémiologique de la détresse. Ce dialogue aboutit à une probabilité diagnostique suffisamment élaborée pour engager ou non un effecteur adapté à la situation décrite par l'appelant et au diagnostic avéré ou supposé du médecin régulateur. Lorsque le dialogue avec la personne en détresse ne peut pas être réalisé, l'analyse médicale repose sur le témoignage d'une personne témoin de l'état de détresse ou sur celui d'un secouriste ou d'un personnel de santé du SSSM présent sur place.

2. Conseil médical téléphonique

Le conseil médical est un avis médical donné lors d'un entretien entre l'appelant et le médecin régulateur. Ce conseil médical téléphonique ne peut se substituer à une consultation médicale si celle-ci s'avère nécessaire.

Il concerne également les instructions données à l'entourage de la personne en détresse ou de la victime avant l'arrivée des secours.

D. Situations de carence

Un nombre croissant d'appels sur les numéros réservés au secours à personne ou à l'aide médicale urgente sont identifiés par le PARM du CRRA ou le stationnaire du CTA comme un besoin de soins ou de bilan, ressenti comme urgent par un patient. Ces appels sont soumis à la régulation médicale.

Dans le cas où la régulation médicale est dans l'impossibilité absolue de trouver un médecin dans le cadre de la permanence des soins (PDS) définie dans le cahier des charges départemental, le patient peut être transféré par un transporteur sanitaire privé vers la structure des urgences d'un établissement de santé proche du domicile. En cas d'indisponibilité des transporteurs privés, les moyens du SIS peuvent être sollicités et rémunérés¹⁷ dans le cadre d'une indisponibilité de transporteurs sanitaires privés car les moyens du SIS n'ont pas vocation à se substituer aux transporteurs privés dans le cadre de l'AMU et de la PDS.

¹⁷ Article 124 de la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité.

III. La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel

A. Réponse secouriste

La réponse secouriste constitue l'étape la plus précoce de la chaîne de secours organisée en raison de sa rapidité de mise en œuvre grâce au nombre et au maillage des centres d'incendie et de secours (CIS).

A la première mission d'accéder à la victime et de la protéger, s'ajoutent celles de la maintenir en vie, de prévenir l'aggravation de son état et, selon les situations, d'assurer son évacuation ou d'attendre des renforts.

Dans de nombreuses circonstances, notamment dans les cas les plus graves, cette réponse permet d'éviter une issue fatale.

1. Les moyens de la réponse secouriste

La réponse secouriste peut être assurée par les secouristes de certains CIS, centres de première intervention notamment, sans moyen de transport ou par des équipes avec véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV). Les deux réponses peuvent se compléter.

a) Recours aux moyens sapeurs-pompiers secouristes sans VSAV

Les équipes de secouristes sapeurs-pompiers sans VSAV sont néanmoins dotées du matériel de réanimation et d'un défibrillateur externe automatisé (DEA).

Elles disposent de moyens d'alerte et de communication et sont envoyées par le CTA notamment pour :

- protéger la victime d'un sur-accident et assurer la sécurité des lieux ;
- procéder aux gestes secouristes de maintien en vie ;
- assurer le guidage sur les lieux des secours de niveau supérieur et les assister ;
- procéder à un relevage simple et une aide au brancardage ;
- transmettre des informations complémentaires ;
- porter secours aux personnes ne répondant pas aux appels.

Les procédures de bilan et de compte rendu qu'elles appliquent sont identiques à celles des équipes de secouristes sapeurs-pompiers intervenant à bord des VSAV.

b) Recours aux moyens sapeurs-pompiers avec VSAV

Le VSAV est normalisé¹⁸ et possède notamment l'ensemble des matériels secouristes ainsi que des moyens de mesure des paramètres vitaux.

Il est doté de moyens de communication le mettant en relation simultanément avec le CTA et le CRRA.

Il est armé par au moins deux sapeurs-pompiers équipiers et un chef d'agrès qui assurent les fonctions de premier commandant des opérations de secours (COS).

¹⁸ Norme NF EN 1789 du 4 juillet 2007

2. Le bilan secouriste

Le bilan secouriste a deux objectifs : le premier est de déterminer l'état de la victime et d'en déduire la conduite secouriste immédiate, le second de transmettre au CTA et au CRRA les données du bilan initial complétées du rapport des gestes entrepris et de leurs résultats.

La transmission du bilan secouriste au CTA et au CRRA se fait dans les meilleurs délais.

a) Bilans transmis au 15

Le bilan transmis par les secouristes simultanément au CTA et au CRRA a pour objet de définir la prise en charge médicale du patient et son éventuelle hospitalisation.

b) Procédures de connexion

Le bilan est transmis par radio (sur la fréquence SSU), le cas échéant par téléphone.

Tous les bilans, qu'ils soient transmis par radio ou par téléphone, font l'objet d'un enregistrement par le CTA, indépendamment de celui effectué par le CRRA.

c) Forme et contenu du bilan

Le bilan comporte l'ensemble des informations recueillies par l'équipe secouriste, il est complété par la description des gestes effectués.

Il s'efforce d'apporter des informations précises et pertinentes de manière concise et ordonnée.

Il contient notamment les éléments suivants :

- le motif de recours, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention ;
- les éléments physiologiques recueillis par les secouristes ;
- la description et l'évaluation de l'intensité de la douleur ;
- les lésions traumatiques éventuellement retrouvées ;
- le cas échéant, les antécédents et le traitement en cours ;
- les gestes entrepris.

Par exception, et dans certaines circonstances, ce bilan peut être simplifié dans le but soit d'alléger le travail de la régulation médicale, soit de faciliter celui des intervenants sur le terrain.

(1) Les situations de bilan simplifié

Le chef d'agrès est dispensé d'un bilan complet à la régulation médicale dans un certain nombre d'interventions qui concernent en particulier la petite traumatologie périphérique (cf. annexe II).

Tout doute ou signe d'aggravation, notamment la douleur intense durant l'intervention, doit cependant faire l'objet d'un bilan immédiat et complet dans les conditions habituelles.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure sont ajustées en fonction du contexte local.

Une information est transmise au CRRA de façon à clôturer un dossier qui aurait été ouvert.

(2) Demande de renfort médical en situation d'urgence absolue

En cas d'urgence absolue qui mobilise l'ensemble de l'équipe et/ou lorsque la nécessité d'une médicalisation d'urgence ne fait aucun doute, cette procédure permet au chef d'agrès présent sur les lieux d'obtenir de manière rapide et simplifiée un moyen médical adapté.

La demande est transmise dans l'idéal par contact radio sur le réseau SSU qui permet l'écoute simultanée par le CRRA et le CTA.

Une procédure d'urgence absolue est mise en place et appliquée à ces situations.

Cette demande est complétée dans les meilleurs délais par un bilan classique de manière à renseigner plus complètement le CTA et le CRRA.

(3) La fiche bilan

Le bilan fait l'objet d'un document appelé « fiche bilan » qui est remis à la structure d'accueil. Un double est conservé par le SSSM du SIS.

Cette fiche permet la transmission de données de façon claire et concise, elle comporte au moins les informations suivantes :

- conditions dans lesquelles la victime a été trouvée et circonstances de l'accident ou de la détresse,
- identité de la victime et horaires d'intervention,
- description de l'état de la victime à l'arrivée des secours,
- signes vitaux initiaux et leur évolution au cours de l'intervention,
- conditionnement de la victime,
- lieu de transport ou structure ayant pris en charge la victime,
- tous éléments pouvant être nécessaires aux soins ultérieurs, en particulier les renseignements obtenus de l'entourage et les traitements et antécédents de la victime.

Elle est actualisée en cas d'événement nouveau au cours de l'intervention.

Elle est remplie et signée par le chef d'agrès.

d) Devenir de la victime

Après réception du bilan secouriste le médecin régulateur définit les modalités ultérieures de la prise en charge. Plusieurs situations se présentent alors :

(1) Les moyens du VSAV sont suffisants et permettent l'évacuation en sécurité de la victime

La régulation, après bilan et prenant en compte dans la mesure du possible le souhait de la victime, indique au VSAV sa destination dans son secteur opérationnel.

Tout envoi d'un VSAV hors de son secteur opérationnel doit être médicalement justifié.

(2) La victime ne bénéficie pas de manœuvres de réanimation

Trois cas sont à distinguer :

- La victime est décédée de manière certaine à l'arrivée des secours et ne justifie pas de manœuvres de réanimation

Certains critères permettent au chef d'agrès d'identifier cette situation avec certitude, ils sont reportés dans l'annexe III. Dans ces circonstances les VSAV n'assurent pas le transport du corps.

- Le patient vient de décéder et des manœuvres de réanimation sont engagées, une intervention médicale sur place est alors indispensable pour déterminer la conduite ultérieure à tenir.
- Le patient est dans un état de fin de vie connu et aucune manœuvre de réanimation n'est engagée. Deux situations sont alors possibles.
 - Le patient ou son entourage a formulé une demande expresse de maintien au domicile conformément à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Le chef d'agrès en informe le médecin régulateur qui a la charge d'organiser l'accompagnement du patient en fin de vie.
 - Le patient ou son entourage exprime une demande d'hospitalisation. Le chef d'agrès en informe la régulation médicale qui décide des conditions du transport.

(3)La victime refuse l'évacuation

Face à une victime qui refuse son évacuation le chef d'agrès rend compte de la situation au CTA et au CRRA.

Si une évacuation ou un examen médical s'avère cependant nécessaire au regard du bilan secouriste, le médecin régulateur prend toutes mesures utiles, à l'exception d'une contention physique qui n'est pas du ressort de l'équipage du VSAV.

Dans le cas où la victime, clairement informée, confirme son refus la procédure décrite en annexe IV est appliquée.

Certaines situations de refus, mettant en danger la victime elle-même ou son entourage, peuvent relever de l'hospitalisation sous contrainte. Le chef d'agrès met alors en œuvre la procédure décrite à l'annexe IV en relation avec la régulation médicale.

e)Les renforts secouristes

(1)Le relevage de personne

Le vieillissement de la population et le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées entraînent un accroissement des missions dites de relevage.

L'intervention de relevage se fait le plus souvent au domicile, au profit d'une personne très souvent âgée qui est tombée et se trouve dans l'incapacité de se relever seule.

Cette personne peut être protégée par un système de télésurveillance qui transmet une demande d'intervention au SIS.

Lorsque l'appel ou l'alerte, quelle que soit son origine, est transmis au SIS, celui-ci engage dans un délai compatible avec la situation, un moyen secouriste. Ce dernier est en capacité d'ouvrir la porte du domicile.

Un bilan secouriste est réalisé dans tous les cas de façon à dépister une atteinte physique associée à la chute. Il est transmis au médecin régulateur du SAMU dans les conditions décrites précédemment.

Le médecin régulateur prend la décision adaptée à la situation trouvée, laquelle peut aller du maintien au domicile à l'hospitalisation d'urgence.

Lorsque ce type d'intervention se reproduit de façon fréquente pour la même personne, un signalement médico-social est effectué par la régulation médicale du SAMU de

façon à faire assurer une prise en charge de la personne concernée par les services sociaux compétents. Le SIS est tenu informé de la démarche.

Une évaluation régulière des interventions de nature sociale est effectuée par le SIS et le SAMU en lien avec la DDASS.

(2) Les renforts de brancardage

Un renfort de brancardage peut être nécessaire à une équipe médicale engagée seule. La régulation médicale sollicite alors un renfort du SIS qui déclenche le moyen adapté à la mission. Deux cas peuvent se présenter :

- le brancardage est technique et fait appel à des moyens spécifiques (GRIMP, élévateur, etc.), l'intervention devient alors une opération de sauvetage qui est du domaine du SIS.
- la demande est formulée pour un brancardage simple pour renfort d'une équipe en intervention (équipage ambulancier, équipage de SMUR), ne nécessitant pas de moyens spécialisés.¹⁹

Ces situations sont décrites dans la convention tripartite.

B. Les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Dans le souci de la sécurité des patients et de l'efficacité du système global, il convient que les conditions de déploiement, d'emploi et d'activité assurés par ces infirmiers soient définies dans le cadre d'une réponse adaptée à la nature du besoin exprimé par la victime, dans le respect du code de la santé publique et des compétences respectives des SIS et des structures de médecine d'urgence et dans le cadre du rapprochement entre le SDACR et le SROS.

Il est rappelé que tous les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sont amenés à exercer leur profession auprès de différents employeurs et au sein de structures variées, dont les SIS. Les SMUR et le SSSM sont régis chacun par une réglementation spécifique, mais ils concourent tous deux à la prise en charge des victimes et patients dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Enfin en aucun cas l'activité des infirmiers ne se substitue à celle des médecins.

1. Le cadre juridique de l'exercice des ISP

L'exercice des ISP relève des dispositions du code de la santé publique.

Lorsqu'ils sont volontaires ou professionnels auprès des SIS, leur statut est défini par le code général des collectivités territoriales (CGCT). Ainsi les infirmiers sapeurs-pompiers, professionnels²⁰ ou volontaires²¹, sont membres du SSSM du SIS²². Ils sont

¹⁹ Les modalités de prise en charge financière de cette mission qui n'est pas du ressort du SIS seront développées dans le chapitre sur le financement.

²⁰ Décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels

²¹ Décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

²² Article R 1424-25 du Code Général des Collectivités Territoriales

placés sous l'autorité du médecin chef du SIS qui dirige le SSSM, lui-même étant sous l'autorité du directeur départemental du service d'incendie et de secours (DD SIS)²³.

Les dispositions du code de la santé publique concernant la profession d'infirmier sont :

- pour l'exercice, les articles R.4311-1 et suivants ;
- pour les règles professionnelles les articles R.4312-1 et suivants.

Le statut des ISP des SIS est défini par les textes suivants :

- loi du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers.
- loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires modifié par le décret n°2003-1141 du 28 novembre 2003.
- décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.

2. Les conditions générales d'emploi des ISP

Les conditions d'emploi ou d'activité des ISP relèvent du CGCT.

Compte tenu du nombre d'infirmiers volontaires des SIS exerçant leur activité professionnelle en établissement de santé, et pour garantir le bon fonctionnement de ces établissements, les activités des ISP volontaires s'inscrivent dans le droit commun des sapeurs-pompiers avec les deux principes suivants :

- priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'agent ;
- possibilité de convention entre l'employeur et le SIS.

S'agissant de trouver un équilibre entre la continuité du service public hospitalier et le volontariat, une convention doit être conclue entre l'établissement de santé et le SIS notamment sur les modalités de la disponibilité pour les activités opérationnelles et la formation professionnelle. Elle veillera, par la concertation entre les deux structures, à rendre compatibles l'engagement citoyen des volontaires et les nécessités que requièrent la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Une convention cadre sera proposée au niveau national. Elle reposera notamment sur les modalités prévues par la loi du 3 mai 1996, à savoir : échange des tableaux de service et de garde, seuils d'absence, compensations financières et formation. Cette convention cadre sera déclinée au niveau local entre le SIS et les établissements de santé du département.

3. Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire

a) Implantation

Afin d'optimiser le fonctionnement des services concourant à l'aide médicale urgente et dans le cadre de l'application de la circulaire « SROS-SDACR »²⁴, les moyens des SIS

²³ Article R 1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales

²⁴ Circulaire interministérielle N° DHOS/01/DDSC/BSIS/2007/457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

et des structures de médecine d'urgence (structures des urgences, SAMU, SMUR) sont identifiés et portés à la connaissance respective de ces services. Une cartographie descriptive des moyens en présence est annexée d'une part au volet «urgence» du SROS et d'autre part intégrée dans le SDACR.

Les conditions de la mise en cohérence entre le SROS et le SDACR sont soumises à l'avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), en articulation avec le réseau des urgences.

b)Engagement des ISP dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Leur engagement s'inscrit dans le cadre des secours et des soins d'urgence, notamment dans les situations de départ réflexe identifiées supra.

Le CRRA peut également demander au CTA l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU.

Tout engagement d'un ISP par le CTA est immédiatement notifié au CRRA.

Dans l'intérêt du patient ou de la victime, il convient de veiller à ce que l'engagement de l'ISP ne se traduise pas par un retard de l'évacuation dès lors que celle-ci a été demandée par le médecin régulateur du CRRA en lien avec le chef d'agrès.

Le premier bilan passé au CRRA est celui du chef d'agrès du VSAV engagé. Il n'a pas à attendre l'arrivée d'un ISP si cette arrivée est décalée dans le temps.

4.Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence

Les ISP participent aux missions de secours d'urgence définies par l'article L1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986.

Ces missions s'inscrivent dans le respect des dispositions réglementaires prévues aux articles R.4311-1 et suivants du code de la santé publique, qui définissent l'exercice de la profession d'infirmier. Ces règles communes ou « décret de compétences », s'appliquent quels que soient le mode et le lieu d'exercice.

a)L'urgence justifiant une intervention dans un cadre exceptionnel

En ce qui concerne l'urgence, telle que définie au deuxième alinéa de l'article R.4311-14 du CSP, l'IDE peut agir en dehors de l'application d'un protocole : « En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. ».

Par opposition avec le premier alinéa du même article, cette situation concerne les situations « d'urgence inopinée », exceptionnelle et rare, pour lesquelles le pronostic vital est engagé, en l'absence de médecin et de protocole et pour lesquelles l'absence d'action conduirait au délit de non-assistance à personne en péril.

Ce type de situation n'est pas celui de l'ISP en mission.

b) Les missions des ISP

Elles s'exercent sous encadrement médical, qui est le mode normal d'exercice de l'infirmier, et en application de protocoles et comprennent :

➤ Les protocoles de soins d'urgence

Ils sont prévus à l'article R.4311-14 alinéa 1 du code de la santé publique : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part, d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient ».

Les actes conservatoires sont les actes accomplis par un ISP, au bénéfice d'un patient ou d'une victime, afin de préserver sa vie, en attendant une prise en charge médicale. Dans le respect de la réglementation, l'ISP met ainsi en œuvre un protocole lorsqu'il est en présence d'une détresse vitale. Ces interventions reposent sur des protocoles exécutés dans l'attente d'un médecin et visent à effectuer des gestes ou à prodiguer des soins conservatoires, dans des situations en nombre limité et réalisés en informant la régulation médicale.

Ces gestes sont précisés par des protocoles harmonisés au niveau national selon des recommandations validées par la Haute autorité de santé (HAS).

➤ La prise en charge de la douleur

Elle est définie à l'article R 4311-8 du code de la santé publique : « l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».

Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin qui fait partie de la liste définie par le code de la santé publique.

Les protocoles respectent les bonnes pratiques et les données actualisées de la science.

Ces pratiques respectent les recommandations validées par la HAS à partir des propositions élaborées au niveau national par un comité paritaire constitué de représentants des services publics d'urgence hospitaliers et du SSSM.

Ce comité est composé de quatre médecins et de deux infirmiers issus des services d'urgence hospitaliers, et de quatre médecins et de deux infirmiers issus du SSSM.

Une liste indicative et provisoire de thèmes de protocoles figure dans l'annexe VI.

Dans tous les cas, le protocole respecte le décret d'actes concernant l'exercice de la profession d'infirmier.

Les protocoles existant actuellement continuent d'être mis en œuvre jusqu'à la rédaction du modèle national défini ci-dessus sous réserve qu'ils soient conformes au corpus réglementaire applicable.

c) Missions propres de l'infirmier

Les missions propres de l'infirmier sont définies aux articles R. 4311-3 à R. 4311-6, elles concernent notamment les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

5. Les principes de responsabilité

Lorsqu'un ISP exécute un protocole face à une urgence il est placé sous la responsabilité et l'autorité hiérarchique du médecin chef du SIS²⁵.

Lorsqu'un ISP exécute une prescription, il exerce sous la responsabilité du médecin prescripteur.

6. La formation et l'évaluation des ISP

A ce jour elle est prévue par :

- l'arrêté du 4 janvier 2006 modifié relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires ;
- l'arrêté du 16 août 2004 modifié relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels ;
- l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des SP volontaires.

La mise en œuvre de la formation et le contrôle de l'aptitude opérationnelle sont placés sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

La formation d'intégration est organisée par le SSSM. A l'issue de celle-ci l'infirmier fait l'objet d'une évaluation pratique et théorique qui génère son inscription sur la liste départementale des infirmiers habilités à mettre en œuvre les protocoles de soins d'urgence, cette liste est visée par le DSIS.

Le comité quadripartite convient d'un objectif d'harmonisation des formations aux soins d'urgence entre les différentes structures selon les modalités envisagées dans le chapitre « axes de progrès ».

C. La réponse médicale

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, les médecins autres que ceux des services de médecine d'urgence ou du SSSM peuvent être amenés à intervenir dans certaines conditions sur les lieux de la prise en charge du patient ou de la victime. La présence fortuite d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé auprès d'une victime dans un lieu public ou sur la voie publique n'est pas abordée dans ce chapitre, l'intervention d'un professionnel de santé dans ces conditions relevant uniquement de l'assistance à personne en danger en attendant l'arrivée des premiers secours.

On distingue, selon les cas, 3 types d'intervenants publics :

²⁵ Article R.1424-26 du CGCT

- les médecins correspondants du SAMU,
- les médecins du SSSM,
- les SMUR dont c'est la mission exclusive.

1. Les médecins correspondants du SAMU

Les médecins correspondants du SAMU participent à l'aide médicale urgente et font donc partie, à titre complémentaire des moyens publics compétents, du réseau des urgences. Cette organisation permet de disposer de relais compétents et formés afin de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR systématiquement déclenché. Elle est définie par l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) et la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

a) Implantation

Le dispositif des médecins correspondants du SAMU a vocation à se développer dans les zones isolées où l'intervention du SMUR n'est pas compatible avec le délai nécessaire à une situation médicale d'urgence. Ces zones sont définies dans le volet «urgence» du SROS par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et sont prises en compte dans le SDACR.

Les ARH organisent le dispositif pour éviter les redondances et ainsi veiller à l'optimisation des ressources médicales et des organisations notamment celles qui sont déjà en place.

Elles identifient les médecins dans les zones isolées qui acceptent d'intégrer le dispositif en évitant, sauf en cas de nécessité, de solliciter les médecins libéraux qui sont déjà médecins sapeurs-pompiers volontaires.

Le médecin qui accepte d'être correspondant du SAMU signe, quel que soit son statut, un contrat avec l'établissement siège de SAMU, auquel il est rattaché. Ce contrat fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de cette mission.²⁶

Pour répondre aux objectifs ainsi soulignés, l'ARH s'attache à conduire une concertation étroite avec les SIS concernés tant pour la définition des zones que pour l'identification des médecins correspondants.

b) Intervention

Le médecin correspondant du SAMU constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Il assure, sur régulation du SAMU, en permanence, dans une zone préalablement identifiée et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge médicale initiale du patient.

Le SAMU adapte, après réception du premier bilan du médecin correspondant du SAMU, les moyens de transports nécessaires aux besoins du patient.

²⁶ Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

L'engagement d'un médecin correspondant du SAMU ne doit en aucun cas retarder l'intervention d'autres moyens de secours d'urgence.

c)Formation

Le médecin correspondant du SAMU est formé à la médecine d'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le SAMU, le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi qu'avec les structures des urgences et les SMUR.

d)Qualité et rémunération

Le médecin correspondant du SAMU peut choisir :

- de conserver son statut de médecin libéral et, dans ce cas, son intervention est rémunérée par l'assurance maladie comme une consultation ;
- d'être recruté en qualité de praticien attaché dans les conditions prévues par la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Le médecin définit le statut unique dont il relève et ne perçoit à ce titre que la rémunération correspondante.

e)Responsabilité du médecin correspondant du SAMU

La circulaire du 13 février 2007 précise dans son annexe 4, concernant les médecins correspondants du SAMU, que les médecins libéraux bénéficient de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils effectuent leur mission à la demande du SAMU. Cette qualité, consacrée par le Conseil d'Etat, sans les qualifier d'agent public, les considère comme ayant participé au service public à la demande de l'administration.

Les médecins correspondants du SAMU, recrutés par l'établissement siège du SAMU comme praticiens attachés, se voient appliquer le régime général de responsabilité qui régit le personnel hospitalier, pour les périodes durant lesquelles ils sont sollicités.

Le contrat conclu entre le médecin correspondant du SAMU et l'établissement siège de SAMU, auquel il est rattaché, contient expressément les clauses nécessaires au règlement de ces questions.

f)Information mutuelle SAMU-SIS.

Le SAMU et le SIS se tiennent mutuellement informés de la liste des médecins correspondants du SAMU et de la liste des médecins sapeurs-pompiers.

g)Evaluation du dispositif

L'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU prévoit un bilan annuel d'évaluation du dispositif, comportant notamment le nombre et la nature des interventions effectuées par ces médecins. Ce bilan est présenté au CODAMUPS-TS.

2. Les médecins du Service de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers

Les médecins du Service de santé et de secours médical du SIS concourent à l'aide médicale urgente et font ainsi partie du dispositif des urgences. Ils peuvent donc, outre leurs missions propres et au même titre que les médecins correspondants du SAMU, mais sous la responsabilité du SIS, constituer un relais compétent et formé apte à prendre en charge des victimes dans le cadre de l'urgence.

a) Le cadre juridique de l'exercice des activités de médecin sapeur-pompier

Leurs statuts, leurs emplois et leurs activités sont définis dans les textes suivants :

- code général des collectivités territoriales : articles L1424-1 et suivants.
- loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers ;
- décret n°2000-1008 du 16 octobre 2000 modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins et des pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels.
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires ;
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.
- décret n° 2008-528 du 4 juin 2008 portant diverses dispositions relatives aux cadres d'emploi des infirmiers, médecins et pharmaciens des sapeurs-pompiers professionnels.

Les médecins sapeurs-pompiers, professionnels²⁷ ou volontaires²⁸, sont membres du SSSM du SIS²⁹. Ils sont placés sous l'autorité du médecin chef du SIS. Dans ce cadre, leur activité est placée sous l'autorité administrative du DDSIS³⁰.

b) La formation des médecins sapeurs-pompiers (MSP)

Elle est prévue par :

- l'arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels,
- l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des SP volontaires.

Ces médecins SP participent à l'activité opérationnelle du SSSM dans le cadre du soutien sanitaire opérationnel et aux missions de secours d'urgence, d'aide médicale urgente et de transport sanitaire.

La mise en œuvre de la formation et le contrôle de l'aptitude opérationnelle sont placés sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

La formation d'intégration est organisée par le SIS, elle est centralisée à l'Ecole nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers (ENSOSP) qui assure la formation et le contrôle des connaissances.

La formation continue, destinée à l'actualisation des connaissances, est mise en place localement par le SSSM en relation avec les organismes compétents du domaine.

²⁷ Décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels

²⁸ Décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

²⁹ Article R 1424-25 du Code Général des Collectivités Territoriales

³⁰ Article R 1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales

c) Les principes d'implantation des VLM sur le territoire

La distribution et la disponibilité dans le département des véhicules légers médicalisés (VLM) figurent dans le SDACR et sont prises en compte dans le document de mise en cohérence du SDACR et du SROS.

Ce dispositif est connu du SAMU.

d) Les principes d'engagement des MSP dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Dotés de matériels de monitoring ou d'intervention, appuyés le plus souvent par un infirmier sapeur-pompier, ces médecins, alertés par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant sur demande du CRRA, se rendent sur les lieux de l'intervention afin de prodiguer des soins médicaux aux victimes et patients.

L'engagement des MSP concourt à l'aide médicale urgente.

Les processus d'engagement sont inscrits dans le règlement opérationnel arrêté par le Préfet.

Le CRRA peut demander au CTA l'engagement d'un médecin sapeur-pompier.

Tout engagement de médecin sapeur-pompier est immédiatement précisé au CRRA.

Sur place le médecin sapeur-pompier contacte le médecin régulateur pour définir ensemble les suites de l'intervention.

e) Les règles d'emploi des médecins hospitaliers sapeurs-pompiers volontaires

En vertu du principe de continuité de soins qui incombe à tout médecin exerçant dans un établissement de santé, il est souhaitable que les règles d'emploi des médecins sapeurs-pompiers volontaires fassent l'objet d'une convention entre l'établissement et le SIS dans les conditions prévues par la loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée.

f) Les principes de responsabilité

Lorsqu'un MSP intervient à la demande du CTA, il est sous l'autorité du médecin chef du SIS³¹ et la mission est placée sous la direction et la responsabilité du SIS.

Toute demande d'intervention d'un médecin sapeur-pompier volontaire par le CRRA doit, de ce fait, passer par le CTA.

3. Les SMUR

L'implantation des SMUR, mentionnée au 2° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique, est déterminée par le SROS et permet d'assurer la couverture du territoire³², elle est prise en compte dans le document de mise en cohérence du SROS et du SDACR.

En vertu de l'article R. 6123-15 du CSP, dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R. 6123-1 a pour missions :

³¹ Article R.1424-26 du code général des collectivités territoriales

³² Article R. 6123-14 du code de la santé publique

- D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel elle est rattachée, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.
- D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote. Le conducteur remplit les conditions prévues au 1° de l'article R. 6312-7. Le médecin régulateur de la structure d'aide médicale urgente adapte, le cas échéant en tenant compte des indications données par le médecin présent auprès du patient, la composition de l'équipe d'intervention aux besoins du patient³³.

Les interventions des SMUR et celles des antennes de SMUR mentionnées à l'article R. 6123-5 sont déclenchées et coordonnées par le SAMU, l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours³⁴.

Les personnels et les moyens de transports sanitaires (personnels, conducteur ou pilote, matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes mentionnés au premier alinéa de l'article D6124-12) peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés³⁵. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens.

4.L'intervention médicale sur le terrain

Sur les lieux de l'intervention, plusieurs situations de prise en charge médicale peuvent se présenter :

- une équipe du SMUR est présente sur les lieux, la responsabilité est alors partagée entre le médecin du SMUR et le médecin régulateur dans le respect des pratiques médicales de l'AMU et des règles déontologiques, en lien éventuellement avec tout autre médecin compétent dans le domaine de l'urgence et présent sur place.
- un médecin compétent dans le domaine de l'urgence et appartenant au dispositif est seul présent, médecin sapeur-pompier ou médecin correspondant du SAMU, il devient alors responsable de la prise en charge initiale du patient et celle-ci se déroule en relation étroite avec le médecin régulateur qui lui fournit tout appui nécessaire à l'intervention.
- un médecin n'appartenant pas au système de soins et de secours d'urgence est présent de façon fortuite sur les lieux de l'intervention, le médecin régulateur

³³ Article D. 6124-13 du CSP

³⁴ Article R. 6123-16 du CSP

³⁵ Article D. 6124-12 du CSP

conserve alors la totale responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale, en relation possible avec ce médecin.

Par ailleurs l'intervention de ce médecin ne doit être acceptée qu'après qu'il ait décliné son identité et laissé ses coordonnées, de façon à ce qu'il puisse être contacté a posteriori pour complément éventuel d'informations sur l'intervention.

Les prescriptions qu'il pourrait être amené à formuler, aussi bien à des secouristes qu'à un infirmier, doivent être confirmées sur la fiche bilan.

- si un médecin SMUR et un médecin SSSM ou correspondant du SAMU sont simultanément présents sur les lieux, ils prennent le malade en charge ensemble dans le respect du code de déontologie et le médecin SMUR assure le transfert vers l'hôpital.
- si aucun médecin n'est présent sur les lieux de l'intervention, c'est le médecin régulateur qui assure la responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale en relation avec le chef d'agrès auquel il indique, si nécessaire, la conduite la mieux adaptée à la situation médicale du patient ou de la victime.

Titre II

L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION

IV. La démarche qualité

A. Organisation, procédures, comité de suivi

La démarche qualité réalise un processus partagé de connaissance des conditions de réalisation de la mission de secours et soins d'urgence afin d'en améliorer l'efficacité.

Chacun des services relève et communique les données et les indicateurs dont il dispose.

Deux démarches complémentaires doivent être poursuivies parallèlement :

- l'étude conjointe des tableaux de bord,
- le relevé et l'étude des événements indésirables.

Chaque trimestre, un comité de suivi départemental, constitué des responsables des services ou de leurs représentants, prend connaissance des tableaux de bord, analyse les événements indésirables et propose les mesures de correction.

Les informations ainsi recueillies sont destinées exclusivement aux services publics qui restent maîtres de leur diffusion.

Ce comité de suivi rend compte de son activité lors des CODAMUPS-TS

Une synthèse des informations ainsi recueillies est assurée par les administrations centrales des ministères chargés de la sécurité civile et de la santé.

Un groupe de travail spécifique sera mis en place dans les suites du comité quadripartite de façon à déterminer une liste d'indicateurs communs pertinents, quantitatifs et qualitatifs, de suivi de l'activité. Une première liste indicative et temporaire de ces indicateurs figure en annexe VII.

B. Evaluation des structures

L'évaluation des structures concerne les plates-formes et les moyens d'intervention.

Des indicateurs multiples peuvent être déterminés.

Pour les plates-formes les indicateurs déterminés par la mission d'inspection des plates-formes communes (à paraître au moment de la rédaction du présent document) peuvent être retenus.

1. Plates-formes de traitement des appels

a) Interconnexion téléphonique

Un flux téléphonique dédié existe-t-il ? (lignes téléphoniques réservées et accessibles quelle que soit la saturation des autres lignes)

Un serveur vocal interactif (SVI) ou des lignes de sélection directe à l'arrivée (SDA) spécifiques ont-ils été mis en place pour signifier l'urgence de l'appel transféré (prompt secours identifié) ou sa qualité (conférence à trois, information) ?

b) Interconnexion informatique

Existe-t-elle ? Et si oui les données suivantes font-elles l'objet d'un échange ?

- coordonnées de l'appelant, lieu d'intervention, codification de l'affaire et premières observations.
- décisions prises et moyens engagés.

- horaires de ces décisions.
- horaires des véhicules intervenant.
- suivi cartographique partagé des moyens engagés.
- affichage de la position opérationnelle des moyens (disponible, en intervention, indisponible)
- clôture de l'affaire par l'autre partenaire.

2. Evaluation de la couverture territoriale

Des objectifs de délai d'intervention sont définis, en fonction du degré et de la gravité de l'urgence, par l'ensemble des acteurs publics des secours et soins d'urgence et adoptés par les pouvoirs publics et les élus afin d'adapter le dispositif aux besoins de la population.

Ces délais respectent des données actualisées de la science pour ce qui concerne la prise en charge primaire de certaines pathologies dans lesquelles la qualité de cette prise en charge est un facteur aussi déterminant que sa rapidité.

Des courbes isochrones de couverture territoriale sont dessinées dans le cadre des documents de mise en cohérence des SDACR et des SROS.

Elles présentent les délais d'intervention de l'ensemble des effecteurs SAMU-SMUR et SIS et prennent en compte la qualité des effecteurs, les plateaux techniques hospitaliers et éventuellement les moyens de proximité des territoires limitrophes.

C. Données quantitatives

Chaque service s'attache à recueillir tout ou partie des informations qui lui sont accessibles.

L'automatisation du recueil par les systèmes d'information et de communication (SIC), particulièrement ANTARES, doit devenir la règle.

Un bilan annuel national est réalisé par les administrations centrales en charge de la cohérence des organisations et des pratiques.

1. Les bilans d'activité

Ces bilans qui existent déjà au moins en partie dans les services permettent une évaluation quantitative de l'activité et doivent permettre un ajustement des moyens par les autorités compétentes.

Les relevés sont systématiques, quotidiens, hebdomadaires, mensuels et annuels.

2. Les délais

Ils sont relevés par chaque service et font l'objet de calculs statistiques de moyennes qui permettent d'évaluer la rapidité d'intervention des effecteurs.

D. Données qualitatives

Le recueil exhaustif et l'étude en continu de la quantité d'informations disponibles au cours des plus de 3 millions d'interventions réalisées chaque année par les SIS et les SAMU/SMUR est actuellement impossible pour l'ensemble des services.

Le recueil de ces indicateurs peut donc être :

- total pour certains d'entre eux particulièrement sensibles ou intéressants pour le service concerné en fonction du contexte ;
- réalisé le plus souvent par sondages sur des durées ou dans des espaces déterminés.

Ces études peuvent être conjointes entre les deux services et associer les structures d'urgence hospitalières.

Elles permettent de vérifier l'adéquation entre la situation et la réponse apportée.

Une première liste d'indicateurs qualitatifs figure dans l'annexe VII.

L'analyse du service rendu au patient ou à la victime nécessite un travail scientifique commun des services engagés dans les secours et soins d'urgence.

Ce travail peut prendre la forme d'études ponctuelles sur un thème de recherche ou être provoqué par des situations particulières ou des observations réalisées par l'un ou l'autre des services.

L'étude systématique ou ciblée des fiches bilan de chaque effecteur (SIS et SAMU) et des dossiers médicaux permet de déterminer la nature des pathologies prises en charge, les conduites adoptées et leur adaptation. Elle permet également d'ajuster les moyens disponibles aux interventions.

Le comité quadripartite souhaite que cette démarche d'analyse commune et objective des dossiers se développe entre les services dans le but d'améliorer le dispositif.

V. Le financement

Les ministères de tutelle définissent, en concertation avec les élus, les règles qui s'appliquent à la prise en charge financière des interventions relevant du SAP ou de l'AMU, dans les conditions définies ci-dessous. Il est rappelé que les missions des SIS sont financées à titre principal par les collectivités territoriales et celles des SAMU par l'assurance maladie.

A.Missions du SIS assurées par le SIS

Les SIS interviennent dans le cadre de leur mission propre de secours d'urgence³⁶ et de prompt secours telle que précisée dans la circulaire relative au rôle des SAMU, des SIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

Les SIS peuvent être amenés à intervenir pour un appel arrivant au 18 comme au 15. Le centre de réception (CTA ou CRRA) et le numéro utilisé (15, 17, 18, 112) ne sont pas des critères de définition de la mission propre.

Ces interventions sont financées par le SIS sur son propre budget.

B.Missions d'aide médicale urgente assurées par le SIS

Des interventions peuvent être demandées aux SIS par la régulation médicale des SAMU en dehors des missions propres des SIS.

L'article R 1242-42 du CGCT précise que le service départemental d'incendie et de secours n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L 1424-2 du CGCT.

S'il a procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration du SIS.

C'est la nature de l'intervention qui définit qu'une intervention ne relève pas d'une mission propre et non la qualité du prescripteur ou du lieu de réception de l'appel.

Il s'agit des interventions suivantes qui doivent faire l'objet d'un règlement par conventions distinctes selon l'objet entre chaque établissement de santé et le SIS.

1.Appui logistique aux SMUR

Un établissement de santé peut faire fonctionner un SMUR « s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes (...). Les personnels et les moyens de transports sanitaires mentionnés au premier alinéa peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens. Un arrêté du ministre de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des moyens de transports ainsi que leurs conditions d'utilisation »³⁷.

³⁶ Article L1424-2 du code général des collectivités territoriales

³⁷ Article D 6124-12 du code de santé publique

Il appartient au directeur de l'établissement de choisir, après analyse médico-économique réalisée en lien avec le responsable de la structure de médecine d'urgence, les modalités de fonctionnement du SMUR qui garantissent la disponibilité des véhicules et des conducteurs ou pilotes.

La mise à disposition de certains moyens des SIS en appui logistique des SMUR peut être :

- permanente,
- saisonnière ou temporaire.

La conclusion d'une convention entre SIS et l'établissement de santé telle que définie à l'article D 6124-12 du CSP est obligatoire dès que le SMUR fonctionne avec un appui logistique permanent, saisonnier ou temporaire du SIS. La convention est susceptible de faire l'objet d'un avenant annuel.

La partie financière de la convention est établie en tenant compte des charges réelles correspondant à la prestation assurée et il est souhaitable de déterminer un forfait annuel révisable.

2. Evacuation par indisponibilité d'ambulanciers

Les interventions effectuées par les SIS à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L1424-2 (missions propres des SIS) font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, siège des services d'aide médicale urgente³⁸.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le SIS et l'hôpital siège du SAMU selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale paru au Journal Officiel du 30 novembre 2006³⁹.

La convention doit donner lieu à un avis du CODAMUPS-TS.

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

Les critères qui caractérisent l'indisponibilité ambulancière et les trois modalités financières applicables sont les suivantes⁴⁰ :

- une indemnisation par intervention déterminée entre le SIS et le centre hospitalier, plafonnée aux tarifs appliqués aux transports sanitaires privés. Cette possibilité n'est accessible qu'aux SIS qui avaient déjà établi avec le centre hospitalier une convention d'indemnisation dite « de carence » avant le 7 décembre 2007.
- un forfait englobant l'ensemble des interventions, établi en début de chaque année, notamment sur la base du nombre d'interventions constatées précédemment. La moyenne des interventions pour 10 000 habitants, mentionnée à l'article 4 de l'arrêté du 30 novembre 2006, est fixée à 20, sur la base des statistiques conjointes

³⁸ Article L1424-42 du code général des collectivités territoriales

³⁹ Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SIS et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L1424-42 du code général des collectivités territoriales.

⁴⁰ Circulaire DHOS/O1/DDSC /BSIS/2007/388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges de SAMU.

du Ministère de l'intérieur et du Ministère de la santé portant sur les années 2005 et 2006.

- une indemnisation par intervention sur la base du montant arrêté par les ministres en charge de l'intérieur et de la santé, soit 105 € pour 2006.

Dans le cas où le Centre 15 n'a pu mobiliser, ni un médecin de premier recours dans le cadre de la permanence des soins de ville, ni par défaut, un transporteur sanitaire privé, ces dispositions s'appliquent.

La distinction des deux cas (carence ambulancière simple ou double carence médicale et ambulancière dans le cadre de la PDS) doit être assurée par le SAMU.

C.Relevage et brancardage

Dans certains cas, le SAMU peut solliciter le SIS, en renfort ou en appui de moyens déjà engagés par d'autres acteurs du secours (SMUR, ambulances), pour effectuer des actions de relevage et/ou de brancardage.

Comme précisé plus haut dans le document trois cas sont possibles :

- il s'agit du relevage à domicile de personnes âgées ou invalides, intervention pouvant nécessiter une ouverture de porte, la mission est alors du ressort du SIS.
- il s'agit de l'emploi de moyens spéciaux du SIS (levage, désincarcération...), celui-ci reste maître de leur mise en œuvre et en conserve la charge financière.
- de façon exceptionnelle le SIS peut être amené à apporter une aide simple, sans moyens techniques particuliers, à un effecteur déjà engagé et dans l'incapacité d'assurer le brancardage, la mission s'analyse comme une indisponibilité partielle du transporteur.

Une évaluation des missions effectuées et une révision des conventions financières sont réalisées régulièrement, et au moins une fois par an, par les représentants des deux structures concernées, chef d'établissement hospitalier et médecin responsable de la structure de médecine d'urgence, directeur et médecin chef du SIS, ou leurs représentants.

Le bilan pourra être présenté en CODAMUPS-TS.

VI. Axes de progrès, évolutions du dispositif

A. Les systèmes de transmission et d'informatisation

1. Un axe stratégique commun pour l'interopérabilité : ANTARES

L'interopérabilité des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile, dont le principe a été établi par la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004 (art.9), constitue l'axe stratégique commun pour la modernisation des systèmes d'information et de communication.

Conformément aux dispositions du décret 2006-106, le groupe quadripartite considère que cet axe, décliné pour les SAMU et les SIS au travers du programme ANTARES, constitue l'ossature technique nationale indispensable à la constitution de référentiels, d'outils et d'applications informatiques interopérables.

a) Le déploiement national d'ANTARES

La mise en œuvre du programme ANTARES repose sur la coordination de deux actions complémentaires conduites par des acteurs différents :

- d'une part, l'extension et l'adaptation technique de l'infrastructure nationale partagée des transmissions (INPT) pour ANTARES afin de répondre aux besoins opérationnels spécifiques des missions de sécurité civile réalisées par les SIS et les SAMU qui est prise en charge techniquement et financièrement par l'Etat (programme Sécurité civile-CMS3).
- d'autre part, la migration sur ANTARES des moyens des unités et des centres opérationnels territoriaux, opération qui est définie et financée par chaque service utilisateur local.

Dans la continuité du programme ACROPOL qui a constitué la base de l'INPT, la programmation nationale des extensions et adaptations ANTARES, s'appuie sur une logique de cohérence opérationnelle zonale ainsi que sur une rationalisation industrielle pour retenir un échéancier technique national de 36 mois entre 2007 et 2010. (cf. Annexe VIII)

En parallèle, indépendamment de ces opérations d'infrastructure et conformément à l'échéancier opérationnel national 2008-2009, l'Etat réalise les évolutions logicielles nécessaires à l'ouverture dans chaque département des services ANTARES et à leur mise à disposition des SIS et SAMU. Ainsi sur le plan local et en déclinaison des échéanciers nationaux, la cohérence opérationnelle impose que les projets de modernisation des systèmes d'information et de communication des SAMU et des SIS sur ANTARES soient contemporains et qu'ils s'inscrivent dans un échéancier commun.

Pour veiller au plan national à cette mise en œuvre cohérente, il est proposé de constituer un groupe permanent qui pourrait, en outre, servir au comité de pilotage de l'INPT de groupe miroir des besoins des utilisateurs de la sécurité civile.

Le comité quadripartite souhaite que le déploiement du dispositif ANTARES se fasse simultanément dans les deux services publics, les SIS peuvent dans ce cadre apporter leur appui technique aux hôpitaux.

Après migration totale des services publics, les modalités d'interconnexion avec les autres acteurs de l'aide médicale urgente pourront être envisagées par le groupe permanent de pilotage.

b) L'emploi opérationnel

Le réseau ANTARES, spécifié pour les applications opérationnelles de sécurité civile, tant des SAMU que des SIS, constitue le référentiel technique d'interopérabilité qui s'impose à l'ensemble des systèmes d'information et de communication opérationnelles des services publics.

Ainsi, au-delà du standard technique de référence fixé dans le décret 2006-106 (les services ACROPOL), les notes d'instructions techniques (NIT) 400 et 401, définissent d'ores et déjà le cadre d'emploi opérationnel retenu pour l'interopérabilité nationale de tous les SIS et de tous les SAMU : plan commun de numération nationale (réseau, flotte, groupe, identifiant : RFGI), format des SMS opérationnels type « status », spécifications de géolocalisation GPS, etc.

Ces configurations opérationnelles communes sont prises en compte dans les départements au moment des ouvertures des services ANTARES, à l'instar de la configuration commune entre le SAMU et le SDIS de l'Ain depuis 2005 ou de la préparation en cours entre SDIS et SAMU du Rhône et du Nord.

Au-delà de la configuration opérationnelle des réseaux départementaux ANTARES, il est souhaitable que l'arrêté de refonte du règlement d'emploi des transmissions des SIS (ordre de base national des transmissions de 1990), soit l'occasion d'une extension de périmètre pour constituer la doctrine commune d'emploi opérationnel.

2.Des systèmes communs pour l'exploitation de l'interopérabilité ANTARES

a)Interopérabilité des outils d'exploitation : des fonctionnalités communes

L'exploitation commune d'ANTARES par les centres opérationnels des SIS et SAMU (CRRA, CTA-CODIS), constitue parmi tous les systèmes d'interconnexion, le minimum de coordination inter-services en situation courante comme en situation de crise. En exploitant ANTARES conformément aux référentiels techniques d'interopérabilité, les systèmes d'information des SIS et SAMU doivent permettre la collaboration entre CRRA et CODIS eux-mêmes ou bien sur le terrain entre un chef d'agrès et un CRRA ou encore entre un SMUR et un CTA-CODIS.

La logique sous-jacente à ANTARES, d'interopérabilité « tous services, partout en France » doit ainsi conduire, par une harmonisation des méthodes et des moyens, à une traçabilité commune de la réponse apportée aux demandes de secours.

En corollaire de la cohérence des systèmes informatiques de coordination des CRRA et CTA-CODIS, les outils d'exploitation sur le terrain doivent répondre aux référentiels d'interopérabilité : à l'instar des terminaux radio qui améliorent d'emblée les moyens « horizontaux » de coordination entre intervenants sur le terrain (ex : même fréquences SAMU-SIS pour les liaisons tactiques lors d'un plan rouge), les applications informatiques embarquées doivent garantir l'interopérabilité « verticale » vers un centre quelconque de coordination, CRRA ou CTA-CODIS (ex : envoi des SMS type « status » conformes aux instructions techniques).

b) Interopérabilité des échanges de données : la normalisation

La stabilité du socle technique et opérationnel acquise par la constitution, avec ANTARES, d'un axe de modernisation national et commun, a permis d'engager, sous l'égide de l'AFNOR, un dialogue utilisateurs-industriels qui a clarifié les exigences de compatibilité et de performance des systèmes d'information et de communication fournis aux SAMU et aux SIS. Les exigences NF-399 « logiciels de sécurité civile » permettent désormais de disposer d'une expression de besoin nationale inter-services et d'une offre industrielle disponible sur un premier périmètre opérationnel : bilan secouriste, bilan médical, message d'alerte, ordre de départ à bord des unités, etc.

Ce champ d'action du groupe de travail 399 au sein de l'AFNOR doit être étendu au-delà de la compatibilité ANTARES et ainsi constituer un référentiel d'exigences d'interopérabilité sur les données partagées par les systèmes d'information eux-mêmes, entre CTA-CODIS, entre CRRA et entre CTA-CODIS et CRRA. Ce référentiel porte sur les données partagées en temps réel lors de la réception-traitement d'une demande de secours, du suivi opérationnel des interventions en cours et de la clôture d'intervention par la capitalisation des retours d'expérience sur un format statistique commun.

c) Interopérabilité des applications et des méthodes : des référentiels obligatoires, l'exigence de certification

En raison de l'hétérogénéité administrative des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile et de la complexité des systèmes techniques en jeu, la conduite cohérente du programme de modernisation opérationnelle et de renforcement de l'interopérabilité impose que les modalités de passation des commandes publiques locales soient suffisamment encadrées.

En termes d'aptitude technique d'abord, outre la référence obligatoire aux normes, les appels d'offres des services locaux, SIS, SAMU, doivent faire référence à un cadre commun d'exigences de fonctionnement et d'interopérabilité. A cette fin, la référence aux NIT et aux exigences AFNOR NF-399 « logiciels de sécurité civile » doit être systématisée.

En terme de performance opérationnelle enfin, les référentiels techniques d'interopérabilité doivent être complétés par un référentiel d'exigences communes sur la performance et la qualité opérationnelle fournie par les systèmes d'information des SAMU et des SIS. Cette démarche engagée sur le périmètre ANTARES avec la certification par tierce partie AFNOR-INFOCERT doit être étendue à l'ensemble des systèmes d'information et de communication qui constituent la réponse des services publics à une demande de secours, depuis la réception de l'appel jusqu'à la fin de l'intervention. En conséquence, il est souhaitable que les appels d'offres locaux exigent des produits certifiés par tierce partie sur la base d'un référentiel commun de performance.

Le comité quadripartite souhaite que pour clarifier et sécuriser les diverses acquisitions locales, et pour être efficace dans l'émergence d'offres industrielles adaptées, que ce soit sur l'aptitude technique des produits ou sur leurs performances réelles, que ces référentiels bénéficient d'une assise juridique suffisante pour s'imposer à tous, sous la forme d'arrêtés par exemple.

B.La formation

1.Rôle des sociétés savantes

Les sociétés savantes définissent, en liaison étroite avec les acteurs de terrain, les bonnes pratiques dans le cadre des données scientifiques actualisées.

La commission quadripartite recommande le partage des règles de bonnes pratiques professionnelles entre tous les acteurs de la médecine d'urgence.

A ce titre la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a vocation à devenir le lieu d'expression scientifique des acteurs de l'urgence et à ce titre d'ouvrir ses travaux aux membres du SSSM.

2.Comité pédagogique national

Afin d'harmoniser les compétences et le niveau de formation à la pratique de l'AMU, il convient que des axes et des maquettes pédagogiques communs de formation continue soient élaborés puis proposés au sein d'un comité pédagogique national associant les médecins urgentistes et les membres du SSSM.

C.Comité de suivi

Le comité quadripartite émet le vœu de poursuivre sa mission sous la forme d'un comité de suivi national.

Il pourra en tant que de besoin être élargi à d'autres acteurs, plus particulièrement ceux en charge des financements.

Il se réunira au moins une fois par an et/ou sur l'initiative de l'une ou l'autre des administrations centrales (DDSC ou DHOS), afin de suivre la mise en place du référentiel et d'aider à la résolution d'obstacles éventuels.

Il sera amené à traiter de l'évolution du référentiel et sera destinataire des relevés d'activités réalisés par chaque administration centrale.

Un secrétariat composé par la DDSC et la DHOS appuie les travaux de ce comité de suivi.

D.Points divers

1.Relations avec la justice et les forces de l'ordre en intervention

L'intervention de la police et/ou de la justice, justifiée par certaines situations, donne à l'intervention pour secours et soins d'urgence, un caractère particulier.

Lorsque que l'un des deux services de réception des appels, 15 et 18, est amené à informer les services de police, il doit le signaler à l'autre service.

Le comité quadripartite recommande dans le but d'harmoniser les conduites opérationnelles des services de secours et de police, que des réunions de concertation soient régulièrement organisées sous l'autorité du préfet du département.

2.Relations avec les médias

Les moyens actuels de communication permettent à des individus de réaliser au cours de l'intervention des images ou des enregistrements qui peuvent ensuite être retrouvés sur des médias publics.

Cette pratique est contraire aux règles éthiques et aux droits à la protection de la vie privée qui s'appliquent en particulier aux victimes. Elle doit être formellement proscrite par les responsables des services concernés. Les manquements éventuels doivent être sanctionnés, comme le précise le règlement intérieur de ces services.

3.Information du public sur le bon emploi des numéros d'urgence

L'usage inapproprié des numéros d'appel d'urgence 15, 18 et 112 est responsable d'une surcharge des services opérationnels qui peut nuire à la mission de secours et de soins d'urgence, notamment en réduisant les chances de certaines détresses vitales.

Le comité quadripartite demande qu'une campagne nationale sur le bon usage des appels d'urgence soit initiée par les pouvoirs publics.

4.Traitement des appels de téléalarmes

Cette activité ne rentre pas dans le cadre des missions des SAMU et des SIS. L'extension des missions à cette activité, notamment son financement, devra faire l'objet d'une étude spécifique en relation avec les opérateurs privés.

5.Financement des indisponibilités

Le comité quadripartite demande que le financement des interventions du SIS pour indisponibilité des transporteurs sanitaires privés, actuellement à la charge de l'hôpital, fasse l'objet d'une étude avec les caisses d'assurance maladie en vue d'une affectation de cette charge financière à l'ONDAM Ville, notamment lorsqu'il existe un lien avec la permanence des soins.

6.Plates-formes télé médico-sociales et sanitaires

Comme précisé dans le préambule de ce document, le vieillissement de la population et la précarité entraînent une augmentation des demandes dans le domaine social (service à la personne, téléalarme) ainsi que des interventions des services d'urgence aux limites du champ de leurs missions.

La gestion de ce type de situation n'est du ressort ni des sapeurs-pompiers ni de l'aide médicale urgente. Des solutions doivent être étudiées avec d'autres partenaires publics et privés, notamment associatifs.

La création de plates-formes télé médico-sociales et sanitaires, pourrait être une solution nouvelle qu'il conviendrait d'expérimenter.

CONCLUSION

Ce référentiel est le résultat de vingt réunions de travail qui se sont tenues sur une période de six mois. Il doit conduire à une relation nouvelle entre les acteurs publics des secours et des soins d'urgence dont la mission est de se mobiliser auprès de tout patient ou victime en détresse.

Par leur implication dans la vie quotidienne, ces services sont sensibles aux évolutions de la société auxquelles ils doivent s'adapter. Il s'agit de l'augmentation des demandes d'assistance du public, des évolutions démographiques notamment de l'allongement de l'espérance de vie, de l'apparition de nouveaux risques ou de la croissance des maladies chroniques, des changements du mode d'exercice médical, des améliorations des technologies de la communication, de la nécessité d'une efficacité optimale dans l'utilisation des finances publiques.

Ce référentiel précise les champs des missions des deux services concernés et les adapte à ces nouveaux enjeux. Il constitue un guide des bonnes pratiques pour l'organisation de la chaîne de secours et de soins d'urgence et sa mise en œuvre au quotidien.

Il aborde les points essentiels suivants :

- l'optimisation des interconnexions entre les centres de réception des appels 15 et 18 tenant compte des progrès technologiques dans la numérisation et les transmissions,
- l'amélioration de la réponse secouriste des services d'incendie et de secours et de l'emploi des moyens du SSSM,
- la réaffirmation de la valeur ajoutée d'une médicalisation des urgences et la nécessité d'une régulation médicale pour l'adapter,
- les modalités de financement des missions,
- l'adoption d'une démarche qualité commune ayant pour but le meilleur service aux patients et victimes,
- la mise en cohérence des formations dans le domaine des secours et des soins urgents,
- la définition d'axes de progrès communs.

L'ensemble de ces dispositions aboutit à une réponse adaptée à la situation des victimes et des patients qui font appel aux services de secours et soins d'urgence.

Ce document se place dans le contexte des circulaires conjointes de 1992, 1996 et 2004 qu'il renforce tout en les actualisant.

Les membres du comité quadripartite souhaitent que l'esprit constructif des travaux qui ont conduit à sa rédaction se poursuive au sein du comité de suivi et se concrétise par une mise à jour périodique.

ANNEXE I

MOTIFS DE DEPART REFLEXE DES MOYENS DU SIS

Situations d'urgence

Arrêt cardio-respiratoire (patient inconscient sans mouvement ventilatoire)

Détresse respiratoire

Altération de la conscience

Hémorragie grave extériorisée ou externe

Section complète de membre, de doigts

Brûlure

Accouchement imminent ou en cours

Ecrasement de membre ou du tronc, ensevelissement

Circonstances particulières de l'urgence

Noyade

Pendaison

Electrisation, foudroiement

Personne restant à terre suite à une chute

Rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche

Accident de circulation avec victime

Incendie ou explosion avec victime

Intoxication collective

Toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes

Tout secours à personne sur la voie publique, dans un lieu public, dans un établissement recevant du public

Tentative de suicide avec risque imminent⁴¹

Cette liste n'est pas exclusive des motifs de départ dans le cadre des missions propres des SIS.

⁴¹ Si le risque imminent n'est pas détecté à la prise d'appel, il peut l'être ensuite par la régulation qui peut solliciter secondairement l'envoi de moyens sapeurs-pompiers.

ANNEXE II

CAS DE BILAN SIMPLIFIE A LA REGULATION MEDICALE

Circonstances particulières

- Problème social isolé.
- Brancardage.
- Absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention en dehors du cas où un SMUR « est au départ » (le contact permettra d'arrêter le SMUR).
- Si un SMUR est présent sur les lieux et qu'une seule victime nécessite une médicalisation. Le chef d'agrès intègre alors dans son message de renseignement : « SMUR sur les lieux ».

Affections, sauf chez l'enfant en bas âge, la personne âgée et la personne handicapée

- Contusions, plaies et brûlures simples.
- Entorses des doigts, du poignet, du pied, de la cheville, du genou.
- Fractures fermées, isolées, sans complication ni déformation importante des doigts, du poignet, de l'avant-bras, du pied, de la cheville, de la jambe, de la clavicule.
- Tout traumatisme non ouvert et non déplacé des extrémités..

L'attention des chefs d'agrès est appelée sur la nécessité absolue d'effectuer un bilan complet pour prendre les mesures de secourisme les plus appropriées lors de la prise en charge d'une victime sans contact avec la régulation.

En cas de doute, le contact s'impose naturellement.

Tout signe d'aggravation durant l'intervention doit faire impérativement l'objet d'un contact avec le CRRA 15.

ANNEXE III

CIRCONSTANCES DE DECES CERTAIN

- Décapitation ou écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau.
- Raideur et lividités cadavériques, décomposition évidente des tissus.

Dans ces circonstances l'équipe de secouristes n'entreprend aucune manœuvre de réanimation.

ANNEXE IV

LA VICTIME REFUSE L'EVACUATION

La victime prise en charge par les secours peut refuser la prise en charge ou le transport proposé par le chef d'agrès. Chacun dispose en effet d'une autonomie de volonté et ne peut faire l'objet d'aucun acte de diagnostic, de soins ou de transport sans son consentement. Cependant, pour être valide, le consentement de la personne secourue doit être éclairé, c'est à dire intervenir en parfaite connaissance de la situation et des risques réellement encourus, et émaner d'une personne apte à consentir.

L'aptitude au consentement suppose que la personne soit majeure, ne soit pas l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle) et ne se trouve pas dans un état altérant ses capacités de discernement et de compréhension (intoxications, trouble de la conscience).

L'information délivrée à la personne en vue d'éclairer son consentement doit être :

- sincère ;
- appropriée (c'est à dire exprimée de manière synthétique et intelligible) ;
- loyale.

Un bilan au SAMU est obligatoirement transmis dès qu'une personne refuse la prise en charge proposée par le chef d'agrès. Chaque fois que possible, le médecin régulateur s'entretient par téléphone avec la personne ayant manifesté son refus de manière à apprécier au mieux la situation médicale et l'informer avec précision des risques liés à sa décision. Cet entretien peut amener la victime à réviser son jugement et à consentir à la prise en charge proposée.

Si la victime persiste dans son refus, et selon la nature du risque encouru, le médecin demande au chef d'agrès de faire remplir un formulaire de refus de soins (décharge de responsabilité) ou propose une procédure d'hospitalisation sans le consentement.

Le formulaire de décharge de responsabilité est un document écrit dans lequel une personne indique son refus de recevoir les soins ou le transport proposé par les secours. Ce document ne dispense pas de l'obligation d'information et de recherche active du consentement. En revanche, en cas de réclamation ultérieure, il permet d'apporter un commencement de preuve du refus éclairé du patient.

Ce formulaire ne doit être rempli que lorsque des soins ou une hospitalisation apparaissent nécessaires et sont refusés par le patient. Il ne doit naturellement pas être proposé aux personnes chez qui l'hospitalisation n'apparaît pas nécessaire, laissées sur place en raison du caractère bénin de leur affection ou sur avis de la régulation médicale.

Il est souhaitable d'obtenir, outre la signature du patient, celle de témoins. Ces témoins peuvent être des proches du patient ou d'autres personnes, notamment des fonctionnaires de police ou des militaires de la gendarmerie lorsqu'ils sont présents sur les lieux de l'intervention.

ANNEXE V

LES HOSPITALISATIONS SANS LE CONSENTEMENT

Par exception au principe général du consentement aux soins, il existe deux modalités particulières d'hospitalisation destinées à répondre aux situations où un patient présente des troubles psychiatriques qui ne lui permettent pas de consentir aux soins que son état nécessite.

- L'hospitalisation sur demande d'un tiers qui correspond aux situations où les troubles du patient rendent impossible son consentement alors que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.
- L'hospitalisation d'office qui s'adresse à des personnes dont les troubles mentaux « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Ces mesures d'hospitalisation sous contraintes, privatives de liberté, s'accompagnent de garanties permettant de s'assurer qu'elles sont rendues nécessaires par l'état psychiatrique du patient et s'appuient sur la production de certificats médicaux.

1- L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)

Elle est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil.

La demande d'admission est signée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne ayant des relations personnelles et antérieures à la demande avec le malade (à l'exclusion du personnel soignant dès lors qu'il exerce dans l'établissement d'accueil).

L'admission est prononcée au vu de deux certificats médicaux, dont le premier doit avoir été établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

La procédure est simplifiée en cas d'urgence et peut reposer sur la production d'un seul certificat médical, éventuellement rédigé par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Le reste de la procédure est inchangé.

2- L'hospitalisation d'office (HO)

L'hospitalisation d'office est prononcée par le préfet, sur avis médical.

Le certificat médical sur lequel s'appuie le préfet doit comporter une description précise de l'état mental du patient, établir un lien entre les troubles mentaux et le fait que ces troubles compromettent la sûreté des personnes et/ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, qui justifie la mesure. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation du patient dans un établissement habilité à le recevoir. Ce certificat médical ne peut émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil du patient.

En cas de danger imminent attesté par un avis médical ou, à défaut par la notoriété publique, c'est le maire qui prend les mesures provisoires nécessaires. Il doit en référer dans les 24 heures au préfet qui statue sans délai.

3- Dispositions communes aux deux modes d'hospitalisation sans le consentement

Le patient est transporté vers un établissement désigné par la régulation médicale.

Le transport peut être effectué par un transporteur sanitaire agréé, cependant, un VSAV peut être amené à intervenir par indisponibilité d'ambulance.

Seule la production des deux documents autorise qu'une personne soit hospitalisée sans son consentement, au moyen le cas échéant d'une contrainte proportionnée, notamment pharmacologique.

L'intervention de la police ou de la gendarmerie est demandée à chaque fois qu'elle paraît nécessaire, et notamment lorsqu'une contrainte physique doit être imposée au patient.

ANNEXE VI

LISTE INDICATIVE DE PROTOCOLES DE SOINS D'URGENCE ELIGIBLES AUX INFIRMIERS SAPEURS POMPIERS HABILITES

1. Arrêt cardio-respiratoire "adulte",
2. Arrêt cardio-respiratoire "enfant et nourrisson"
3. Hémorragie sévère "adulte"
4. Réaction anaphylactique sévère "adulte"
5. Hypoglycémie
6. Douleur thoracique non traumatique "adulte"
7. Difficultés respiratoires "adulte"
8. Difficultés respiratoires aiguës "enfant et nourrisson"
9. Convulsions "enfant et nourrisson"
10. Intoxication médicamenteuse volontaire "adulte"
11. Brûlé
12. Intoxication au CO et/ou aux fumées d'incendie
13. Réaction anaphylactique sévère "enfant et nourrisson"
14. Femme en couche / accouchement inopiné
15. Antalgie "adulte"
16. Antalgie "enfant et nourrisson"
17. Convulsions "adulte"

ANNEXE VII

LES INDICATEURS

La liste ci-dessous n'est ni exhaustive ni définitive et constitue une orientation quant aux indicateurs qui peuvent être étudiés dans les missions de secours et soins d'urgence.

Bilans d'activités

Bilan des appels reçus au CTA et au CRRA

- Nombre total d'appels reçus
- Nombre d'appels décrochés par un opérateur sans qu'une suite soit nécessairement donnée
- Nombre d'appels perdus
- Pourcentage d'appels décrochés immédiatement, dans la minute
- Pourcentage d'appels perdus, répartis selon le délai d'attente (<10", <30", <60", >60")
- Temps moyen ou médian d'attente avant décroché
- Nombre d'appels ayant été transférés, 15-18, 18-15,
- Nombre d'appels ayant donné lieu à une conférence à trois.
- Nombre d'affaires co-traitées

Nombre d'affaires médicales ou de secours à personne

Nombre d'appels ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier concernant un conseil, une intervention urgente médicale, paramédicale ou de secours à personne

Nombre de missions

Nombre de missions déclenchées après un appel par le CTA, le CRRA par catégories d'effecteurs

Nombre de missions du SIS déclenchées après régulation médicale selon leurs caractéristiques : prompt secours, indisponibilité ambulancière, etc.

Nombre de missions SMUR déclenchées après intervention du SIS

Cas particuliers

- Nombre d'interventions par indisponibilité de transporteurs privés
- Nombre d'interventions pour bilans complémentaires suivies ou non de transports
- Nombre d'interventions pour relevage suivies ou non de transports
- Nombre d'interventions pour renforts de brancardage, avec et sans moyens spéciaux
- Nombre d'interventions par indisponibilité de médecins libéraux

Les délais et durées

Ces délais peuvent s'appliquer à l'ensemble des acteurs du dispositif de secours et soins d'urgence.

Délai de décroché de l'appel du public au CTA, au CRRA : c'est le temps qui sépare le moment de l'arrivée de l'appel au commutateur du CTA ou CRRA du décroché par l'opérateur. Il est égal à la somme de la durée du message automatisé d'accueil de l'appelant et du temps de décroché de l'opérateur.

Délai de transfert : c'est le temps entre le décroché au 18 et l'initiation du transfert téléphonique vers le 15 ou réciproquement du 15 vers le 18.

Durée moyenne de communication : c'est le temps pendant lequel l'opérateur, quel qu'il soit, est en relation avec l'appelant, victime elle-même ou chef d'agrès qui transmet un bilan par exemple.

Délai de départ d'un effecteur : c'est le temps qui sépare l'ordre de départ depuis le CTA ou le CRRA vers la structure ou le moyen opérationnel et le moment du départ effectif de celui-ci. Il peut également comprendre le délai entre le décroché 18 et l'engagement d'un moyen du SIS avant régulation médicale ou le délai entre décroché 18 et l'engagement d'un moyen SAP demandé par le 15.

Délai d'arrivée de l'effecteur sur les lieux : c'est le temps qui sépare l'ordre de départ de la présentation sur les lieux de l'intervention.

Rapidité d'intervention : c'est le temps total nécessaire à la présentation sur les lieux depuis la prise d'appel : délai de décroché + délai de départ + délai de déplacement.

Délai de décroché ou de réponse à la radio de l'appel du chef d'agrès SP ou du SMUR en intervention au CTA et/ou au CRRA

ces appels ont principalement pour objet :

- le bilan du VSAV au CTA et au CRRA,
- les demandes de renforts adressés par les équipes SMUR en intervention (brancardage en particulier).

C'est le temps qui sépare le moment de l'arrivée de l'appel au commutateur du CTA ou du CRRA du décroché par l'opérateur.

Délai de décroché de l'appel du CTA vers le CRRA et du CRRA vers le CTA : ces appels ont pour objet principal le transfert d'un appelant ou d'un bilan du CTA vers le CRRA et les demandes de renfort adressées au SIS par le SAMU.

Durée de recherche de destination : c'est le temps qui sépare le moment de la transmission du bilan au CTA-CRRA et l'indication du lieu de destination de l'évacuation ou du transport.

Durée de l'évacuation, du transport : c'est le temps qui sépare le départ du lieu de l'intervention avec la victime ou le patient à bord du véhicule jusqu'à son arrivée à la destination d'accueil.

Durée de la prise en charge : c'est le temps qui sépare le moment de la présentation sur les lieux de celui de la fin de la mission. Ce délai qui ne concerne que l'intervention stricto sensu n'inclut pas la remise en condition de l'engin.

Durée d'intervention : c'est le temps nécessaires à la totalité de l'intervention depuis l'heure de départ de l'effecteur jusqu'à sa nouvelle disponibilité.

Le service rendu

Morbidité lors de la prise en charge : c'est le recueil des pathologies présentées par les victimes ou patients lors de leur prise en charge.

Mortalité lors de la prise en charge : c'est le recueil de la mortalité et de ses causes, constatées lors de la prise en charge.

Adéquation entre gravité réelle et nature de l'effecteur lors du transport : cette étude nécessite l'analyse des fiches bilan et sa confrontation avec le diagnostic final de l'affection.

Taux d'hospitalisation et de non-hospitalisation : ce taux est recherché dans la structure d'urgence et met en regard hospitalisation et vecteur d'évacuation. Il mesure le pourcentage de victimes admises à l'hôpital / nature d'effecteur (VSAV, ambulance, SMMUR).

Taux d'admission secondaire en réanimation : ce taux permet d'évaluer la pertinence de la régulation médicale dont l'objectif est d'assurer l'évacuation d'emblée vers la structure adaptée à l'état du patient.

Durée d'hospitalisation : c'est le reflet de la gravité des affections des victimes évacuées vers l'hôpital.

Morbi-mortalité hospitalière : cette étude est réalisée, sur des dossiers rendus anonymes, par les services dans le cadre de l'évaluation conjointe des pratiques professionnelles.

Iatrogénie pré-hospitalière : c'est la recherche des effets indésirables des soins administrés lors de la prise en charge préhospitalière. Elle s'applique à l'ensemble des effecteurs de secours et soins d'urgence.

Activité des effecteurs

Motifs d'intervention : Pourcentage d'interventions sur décision du CTA correspondant aux missions propres du SIS par rapport au nombre de missions totales décidées par le CTA.

Lieu d'intervention : Pourcentage d'interventions à la demande du CRRA et/ou du CTA à domicile, sur la voie publique (ou lieu public) et en tout autre endroit.

Interventions non suivies de transport : Pourcentage d'interventions non suivies d'évacuation ou de transport (VSAV, SMUR) par rapport au nombre total d'intervention de la catégorie de moyens.

Interventions suivies d'une évacuation ou d'un transport non médicalisé : Pourcentage d'interventions VSAV suivies d'une évacuation par VSAV et pourcentage d'interventions suivies de transport ambulancier.

Nombre de victimes et de patients pris en charge par rapport à la population : cet indicateur permet de mesurer le pourcentage de la population qui a recours au dispositif de secours et soins d'urgence par an.

Emploi du défibrillateur externe automatisé : Le DAE constitue un reflet assez précis de la qualité de la couverture opérationnelle par les moyens du SIS et de la qualité des interventions réalisées dans le cadre du prompt secours. Le nombre d'interventions ayant donné lieu à l'utilisation d'un DAE par une équipe de sapeurs-pompiers et les conditions de ces interventions présentent de ce fait un intérêt essentiel. Chacune de ces interventions fait l'objet d'une fiche de recueil épidémiologique sur INFOSDIS.

ANNEXE VIII

CALENDRIER PREVISIONNEL DU PROGRAMME ANTARES

Ouvertures opérationnelles et commande des compléments de couverture

n°	Département	Trimestre d'ouverture opérationnelle du réseau ANTARES	Date de commande des compléments de couverture ANTARES
01	Ain	En service	Réalisé (expérimentation)
02	Aisne	2009-T1	2008-04
03	Allier	En service	2007-12
04	Alpes-de-Haute-Pce	2009-T2	2008-09
05	Hautes-Alpes	2009-T2	2008-09
06	Alpes-Maritimes	2009-T1	2008-03
07	Ardèche	2009-T1	2008-05
08	Ardennes	2009-T2	2008-10
09	Ariège	En service	2008-05
10	Aube	2009-T2	2008-05
11	Aude	2008-T3	2008-05
12	Aveyron	2009-T1	2008-10
13	Bouches-du-Rhône	A définir	2007-12
14	Calvados	En service	2007-12
15	Cantal	2008-T2	2007-12
16	Charente	2009-T2	2008-06
17	Charente-Maritime	En service	2008-03
18	Cher	2009-T1	2008-06
19	Corrèze	2008-T3	2008-11
2A	Corse-du-Sud	2008-T3	2008-11
2B	Haute-Corse	2008-T3	2008-11
21	Côte-d'Or	2008-T2	2008-01
22	Côtes-d'Armor	En service	2007-12
23	Creuse	2009-T2	2008-11
24	Dordogne	2008-T2	2008-04
25	Doubs	2008-T4	2008-02
26	Drôme	2008-T4	2008-02
27	Eure	2008-T2	2008-02
28	Eure-et-Loir	En service	Réalisé

			(expérimentation)
29	Finistère	2009-T4	2008-07
30	Gard	2008-T4	2008-02
31	Haute-Garonne	2008-T4	2008-05
32	Gers	En service	2008-07
33	Gironde	En service	Réalisé (expérimentation)
34	Hérault	2009-T2	2008-07
35	Ille-et-Vilaine	2009-T2	2008-01
36	Indre	2008-T2	2008-06
37	Indre-et-Loire	2009-T2	2008-09
38	Isère	2008-T4	2008-05
39	Jura	En service	2007-12
40	Landes	En service	2008-02
41	Loir-et-Cher	2009-T2	2008-09
42	Loire	2008-T4	2008-01
43	Haute-Loire	2009-T1	2008-04
44	Loire-Atlantique	2009-T1	2008-09
45	Loiret	En service	2008-03
46	Lot	2009-T2	2008-10
47	Lot-et-Garonne	2009-T1	2008-07
48	Lozère	2009-T4	2008-06
49	Maine-et-Loire	2009-T1	2008-05
50	Manche	2009-T3	2007-12
51	Marne	2009-T3	2008-10
52	Haute-Marne	2009-T1	2008-05
53	Mayenne	2009-T4	2008-03
54	Meurthe-et-Moselle	2008-T4	2008-01
55	Meuse	2008-T4	2007-12
56	Morbihan	2009-T2	2008-07
57	Moselle	2009-T1	2008-01
58	Nièvre	2009-T4	2008-07
59	Nord	2008-T2	2008-03
60	Oise	2008-T4	2008-06
61	Orne	2009-T3	2007-12
62	Pas-de-Calais	2008-T3	2008-06
63	Puy de Dôme	2009-T1	2008-01
64	Pyrénées-Atlantiq.	2008-T4	2008-02
65	Hautes-Pyrénées	2009-T4	2008-04
66	Pyrénées-Orientales.	2009-T4	2008-05
67	Bas-Rhin	2008-T4	2007-12
68	Haut-Rhin	2008-T3	2007-12
69	Rhône	2008-T2	2007-12
70	Haute-Saône	2009-T2	2008-04
71	Saône-et-Loire	2009-T4	2008-04
72	Sarthe	2009-T3	2007-12
73	Savoie	2008-T4	2008-01

74	Haute-Savoie	2008-T2	2008-03
76	Seine-Maritime	2008-T3	2008-01
77	Seine-et-Marne	En service	Réalisé (expérimentation)
78	Yvelines	2009-T4	2008-05
79	Deux-Sèvres	2009-T3	2008-09
80	Somme	2008-T4	2008-06
81	Tarn	2009-T3	2008-10
82	Tarn-et-Garonne	2009-T3	2008-10
83	Var	2008-T4	2007-12
84	Vaucluse	2008-T2	2008-02
85	Vendée	2009-T2	2008-09
86	Vienne	2009-T1	2008-09
87	Haute-Vienne	2009-T4	2008-06
88	Vosges	En service	Réalisé (expérimentation)
89	Yonne	2009-T2	2008-07
90	Territoire de Belfort	2008-T2	2008-03
91	Essonne	2009-T4	2008-05
95	Val-d'Oise	En service	2008-04

GLOSSAIRE

A.C.R.O.P.O.L.	Automatisation des Communications Radio téléphoniques Opérationnelles de POLice
A.F.N.O.R.	Agence Française de NORmalisation
A.M.U.	Aide Médicale Urgente
A.N.T.A.R.E.S.	Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques et Aux Secours
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
C.E.S.U.	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
C.G.C.T.	Code Général des Collectivités Territoriales
C.I.S.	Centre d'Intervention et de Secours
C.O.D.A.M.U.P.S.-T.S.	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires
C.O.S.	Commandant des Opérations de Secours
C.R.R.A.	Centre de Réception et de Régulation des Appels
C.S.P.	Code de la Santé Publique
C.T.A.	Centre de Traitement des Appels
D.D.A.S.S.	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.D.S.C.	Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles
D.E.A.	Défibrillateur Externe Automatisé
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.O.S.	Directeur des Opérations de Secours
E.N.S.O.S.P.	Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers
G.R.I.M.P.	Groupe de Recherche et d'Intervention en Milieu Périlleux
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
I.D.E.	Infirmier Diplômé d'Etat
I.N.P.T.	Infrastructure Nationale Partagée des Transmissions
I.S.P.	Infirmier de Sapeur-Pompier
INFOCERT.	Organisme de Certification
INFOSDIS	Système informatique de recueil de donnée de la sous-direction des Sapeurs Pompiers
M.S.P.	Médecin de Sapeur-Pompier
N.I.T.	Note d'Instruction Technique
N.T.I.C.	Nouvelles Techniques de l'Information et des Communications
O.N.D.A.M.	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
P.A.R.M.	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
P.D.S.	Permanence Des Soins
R.F.G.I.	Réseau Flotte Groupe Identifiant
S.A.M.U.	Structure d'Aide Médicale Urgente
S.D.A.	Sélection Directe à l'Arrivée
S.D.A.C.R.	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
S.D.I.S.	Service Départemental d'Incendie et de Secours
S.F.M.U.	Société Française de Médecine d'Urgence
S.I.C.	Système d'Information et de Communication
S.I.S.	Service d'Incendie et de Secours
S.M.S.	Short Message Service
S.M.U.R.	Structure Mobile d'Urgence et Réanimation
S.P.	Sapeur-Pompier
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.S.M.	Service de Santé et de Secours Médical
S.S.U.	(Réseau radio commun de) Secours et Soins d'Urgence
S.V.I.	Serveur Vocal Interactif
V.L.I.	Véhicule Léger Infirmier
V.L.M.	Véhicule Léger Médicalisé
V.S.A.V.	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

