Chapitre 1

Évolution, organisation et enjeux de la médecine d'urgence

Bruno Riou et Pierre Hausfater

Des modifications profondes sont survenues ces dernières années dans l'organisation des urgences en France. Depuis le fameux rapport du Professeur Steg [10] et sous la pression médiatique, politique et législative, les services d'urgences sont devenus des services à part entière, animés par des praticiens hospitaliers à temps plein spécialistes, et l'activité médicale, y compris de garde, est seniorisée. Les services d'aide médicale urgente (SAMU et SMUR) et les services d'accueil des urgences (SAU) sont soumis à une autorisation administrative d'exercice. L'enseignement universitaire s'est affirmé avec un enseignement obligatoire en deuxième cycle des études médicales, et la discipline a été reconnue par un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC). Progressivement, la médecine d'urgence se rapproche des autres disciplines hospitalières. Cette évolution n'est pas propre à la France et concerne la plupart des pays développés.

— LA FONCTION HOSPITALIÈRE —

Les services d'urgences sont constitués, d'une part, de structures préhospitalières, SAMU et SMUR, et, d'autre part, de structures hospitalières ou SAU. Ils sont caractérisés par l'absence de régulation possible de leur flux et leur polyvalence. Sont donc exclues les structures spécialisées et/ou régulant leur flux d'entrée (réanimations, unités de

soins coronaires, par exemple), même si ces structures jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des urgences, en particulier dans le cadre des filières spécialisées.

LE PROBLÈME DU FLUX

Ce n'est pas le problème majeur des urgences, bien qu'il soit le plus souvent mis en avant par les médias et les politiques. Certes, la fréquentation des urgences et les appels au 15 ne cessent de croître et les services d'urgences connaissent volontiers des difficultés à gérer ces flux. Mais il est illusoire de penser que cette situation soit réversible. Penser que la mise en place de consultations sans rendez-vous ou de maisons médicalisées résoudra ce problème est un leurre. Il convient, au contraire, de constater la situation actuelle et son irréversibilité et donc de donner les moyens humains et matériels aux services d'urgences pour assurer correctement cette mission. Cela ne veut pas dire qu'il faut négliger la participation de la médecine générale (maisons médicalisées, permanence de soins, participation à la régulation du 15) ou l'éducation de la population (appel au 15 et recours au service d'urgences), mais ces actions ne permettront, tout au plus, que de limiter la progression du flux, non de l'inverser. De plus, en ce qui concerne la médecine générale, on voit poindre un problème qui risque de reléguer celui de la permanence des soins au deuxième plan, c'est la disparition de la médecine ambulatoire dans des pans entiers du territoire, avec le départ à la retraite de médecins généralistes non remplacés. Par ailleurs, toute réflexion sur les flux aux urgences doit prendre en compte les éléments suivants :

- pour des situations cliniques de plus en plus nombreuses (douleur thoracique, déficit neurologique brutal, sepsis grave), le recours sans délai à une structure d'urgence est nécessaire et cela fait partie des notions importantes à inculquer à la population, message en contradiction avec celui d'éviter les urgences ;

- pour toute la traumatologie, le médecin généraliste n'a souvent pas ou plus la compétence ou la volonté de s'en occuper, et la prise en charge est d'ailleurs souvent multidisciplinaire (urgentiste, radiologue, chirurgien) ;

- la volonté des patients de recourir à l'hôpital en raison de l'image dont il bénéficie sera toujours difficile à contrer.

LE PROBLÈME DE L'AVAL

Là est le vrai problème des urgences, et la volonté de mettre en avant le problème du flux cache souvent celle de ne pas chercher à

résoudre celui de l'aval. Il convient de souligner que ce problème ne concerne guère la médecine ambulatoire puisqu'il s'agit, de fait, de malades qu'il faut hospitaliser, quand bien même cette hospitalisation serait de courte durée. La non-résolution de ce problème aboutit à des dysfonctionnements considérables aux urgences : retard de prise en charge et perte de chance, surcharge de travail, hospitalisations sur des brancards dans ce que l'on appelle pudiquement des lits-couloirs, celles-ci mettant en danger judiciaire les médecins et l'institution. Cela induit également des dysfonctionnements dans les services d'aval : retard de prise en charge et perte de chance là encore, déprogrammation de patients, augmentation de la durée de séjour. Les causes de cette situation sont multiples : vieillissement de la population, réduction des lits hospitaliers et des lits d'aval de l'aval, hyperspécialisation des services, mais aussi tout simplement progrès médical.

PROBLÈMES SOCIAUX ET PERSONNES ÂGÉES

Certes, les patients en grande précarité n'ont souvent pas d'autre solution que de consulter aux urgences, et il s'agit d'ailleurs bien d'une des missions importantes des urgences et du service public de leur apporter des soins. Mais il convient de souligner que cette population, volontiers difficile sur le plan médical et relationnel, nécessitant un investissement souvent important du service social des urgences, ne constitue pas un problème majeur, que ce soit en termes de nombre de passages ou d'hospitalisations. Beaucoup plus préoccupant est le problème de la difficulté d'accès aux spécialistes, hospitaliers ou libéraux, notamment en raison des dépassements d'honoraires, qui entraîne un recours aux urgences en raison de l'absence d'alternative pour les patients.

La prise en charge des patients âgés est également souvent présentée comme un problème essentiellement social. C'est une présentation en grande partie erronée, les personnes âgées se présentant aux urgences pour un problème strictement social ne constituant qu'une minorité. Le plus souvent, la personne âgée, volontiers polypathologique, arrive aux urgences avec des raisons médicales nécessitant effectivement une hospitalisation. Certes, le problème est souvent complexe, la simple correction du facteur ayant conduit à l'hospitalisation ne garantissant pas toujours la possibilité d'un retour rapide au domicile. La difficulté de trouver un lit d'aval pour une personne âgée est due à plusieurs causes souvent intriquées :

- le caractère volontiers polypathologique de ces patients, mal accepté par des services de plus en plus spécialisés qui s'estiment incompétents ou qui craignent des durées de séjour longues ;
- une capacité d'aval de l'aval insuffisante.

La solution passe notamment par le développement des unités de gériatrie aiguë associées à des équipes mobiles de gériatrie participant à la prise en charge des patients âgés au sein des services de spécialité. De même que le médecin urgentiste apporte une compétence médicale spécifique dans la prise en charge de l'urgence et une compétence organisationnelle dans le tri et l'orientation des patients, le médecin gériatre apporte une compétence médicale spécifique du patient âgé polypathologique et une compétence organisationnelle avec l'établissement d'un véritable réseau gériatrique (médecine générale, gériatrie aiguë, soins de suites et services de longue durée).

LE RÔLE DES URGENCES

Les urgences sont devenues une plaque tournante de l'hôpital, essentielle pour le tri et l'orientation des patients. La plupart des services de médecine et de chirurgie n'ont plus la capacité de gérer en temps réel leurs propres urgences, soit qu'ils ne disposent pas des lits disponibles, soit qu'ils ne disposent plus des médecins de garde pour le faire. Un fonctionnement correct des urgences leur permet de réaliser l'accueil et l'orientation de leurs patients urgents en partenariat avec les médecins urgentistes, y compris lorsque ces patients sont inclus dans des protocoles de soins ou de recherche clinique complexes. Des urgences désorganisées influent de manière considérable sur l'activité programmée des services d'aval, aboutissant, d'une part, à des déprogrammations coûteuses tant sur le plan humain que structurel et, d'autre part, à des hospitalisations dans des structures inadaptées à la pathologie du patient, ce qui se traduit par une perte de chance pour le patient et une perte de fluidité pour l'hôpital. Le débat activité d'urgence versus activité programmée est un mauvais débat qui induit une fracture entre les urgences et le reste de la communauté médicale, sans faciliter sa résolution. Ces deux types d'activité sont également importants et un équilibre plus serein doit être recherché, car le fonctionnement global de l'hôpital dépend de plus en plus de la qualité cet équilibre. L'exemple de certains hôpitaux montre qu'il ne s'agit pas d'une gageure et qu'un tel objectif peut être atteint malgré des difficultés de fonctionnement qui touchent aussi bien les services d'urgences que les services d'aval. Les informations actuellement disponibles permettent de dimensionner précisément l'aval nécessaire au fonctionnement des urgences dans le temps (épidémies hivernales en pédiatrie) et dans l'espace. Cela nécessite des actions de politique médicale fortes pour dimensionner correctement les hospitalisations de courte durée (UHCD ou anciens services portes), d'implanter des unités de gériatrie aiguë là où elles font défaut et de dimensionner correctement l'aval des urgences. Il est clair qu'une grande partie du problème réside dans l'aval de l'aval puisqu'il man-

que de nombreux lits de long et moyen séjour en France. Mais il serait dommage de s'abriter derrière ce déficit, certes majeur, mais qui implique d'autres partenaires que l'hôpital, pour ne pas tenter d'y apporter des améliorations.

Une raison pour laquelle nous devons améliorer le fonctionnement des urgences est le risque médico-judiciaire. On peut regretter la judiciarisation actuelle de la médecine, mais on ne peut l'ignorer. Les urgences constituent très certainement l'endroit où le risque est le plus grand en raison du flux de patients, de la variété infinie des pathologies rencontrées, de la charge de travail et du contexte même de l'urgence qui impose des décisions rapides, auxquels se surajoutent actuellement des difficultés liées à des locaux parfois inadaptes.

— L'ÉQUIPE DE MÉDECINE D'URGENCE —

LE MÉDECIN URGENTISTE

La plupart des médecins qui ne travaillent pas au contact étroit des urgences n'ont pas forcément pris conscience de la mutation profonde qui s'est opérée et continue de s'opérer dans le métier d'urgentiste, qui est devenu un métier à part entière avec le développement de connaissances médicales et de compétences techniques propres, notamment en ce qui concerne la régulation des appels, le tri et l'orientation, ainsi que l'utilisation d'outils propres. À tel point que, dans les services d'urgences les plus évolués, la participation des médecins non urgentistes au fonctionnement du service des urgences devient problématique, en dehors bien sûr de l'activité essentielle de consultant. La polyvalence demandée à l'urgentiste (préhospitalière et hospitalière, médecine adulte et pédiatrique, pathologie médicale et chirurgicale) est de plus en plus incompatible avec l'exercice d'une autre spécialité, particulièrement en CHU. De plus, les compétences de régulation, de tri, et d'orientation ne sont le plus souvent pas maîtrisées par les médecins non urgentistes. Cette constatation ne fait que renforcer les choix qui ont été faits dans le passé récent d'individualiser les structures d'urgences en tant que services à part entière et de créer le DESC de médecine d'urgence.

LA NOTION DE TRI

Le tri est une fonction essentielle de la médecine d'urgence, que ce soit pour réguler les appels au centre SAMU ou pour réguler le flux de

patients au SAU. Dans les SAU, cette fonction est assurée par des infirmiers spécialement formés à l'accueil et l'orientation (IAO). Ils agissent dans le cadre d'un protocole prenant en compte le motif du recours et les principales variables (pression artérielle, fréquences cardiaque et ventilatoire, saturation veineuse en oxygène, intensité de la douleur mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique), peuvent déclencher la pratique d'un ECG ou d'une titration morphinique et associent chaque patient à un délai de prise en charge et à un code couleur : immédiat dans les urgences vitales, 20 minutes pour les urgences importantes.

LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES (SAUV)

Chaque SAU doit comporter une SAUV qui permet la prise en charge des patients ayant une détresse vitale actuelle ou potentielle. L'équipement de cette salle a été déterminé de façon à pouvoir effectuer les principales techniques de réanimation [2]. Le médecin responsable de cette zone ainsi que le personnel paramédical dédié doivent être clairement identifiés pour répondre sans délai à une admission en SAUV. Selon les sites, cette SAUV peut aussi être dimensionnée pour servir à l'accueil de patients de réanimation dans le cadre de filières spécialisées (traumatologie lourde, déchoquage), et elle est alors partagée avec les équipes d'anesthésie et de réanimation.

LE SERVICE PORTE OU UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE (UHCD)

L'UHCD fait partie intégrante du SAU et permet l'hospitalisation des patients accueillis aux urgences. Elle est sous la responsabilité pleine et entière des médecins urgentistes. Elle permet d'hospitaliser des patients dont l'évaluation n'est pas terminée ou dont l'orientation n'est pas finalisée, sans avoir à solliciter des services hospitaliers souvent déjà pleins ou ne pouvant, aux heures nocturnes, assurer une surveillance étroite ou médicalisée, et enfin d'hospitaliser des patients pour une courte période avant leur retour à domicile. Le fonctionnement correct de cette unité suppose que les patients y résident moins de 24 heures conformément aux textes en vigueur. Cela nécessite un effort partagé des médecins urgentistes et des services d'aval pour « vider » chaque jour l'UHCD en offrant à chaque patient une orientation adaptée. L'aval hospitalier local étant le plus souvent insuffisant, le SAU doit développer autour de lui tout un réseau de structures médicales capables de travailler avec lui et d'assurer l'aval. C'est une fonction importante du SAU qui consomme du temps médical et paramédical.

LA SENIORISATION

La seniorisation des urgences est un impératif réglementaire. Le rôle de l'interne reste important, ne serait-ce qu'en raison de l'importance du flux de patients. Toutefois, certaines décisions cruciales relèvent uniquement du médecin senior : décision d'admission et surtout décision de non-admission des patients, décision de proposition à une réanimation ou de limitation des soins.

L'INFORMATISATION

Un important effort d'informatisation des services d'urgences a été conduit, tant au niveau préhospitalier qu'hospitalier. La plupart des SAU dispose maintenant d'un logiciel permettant d'avoir une vue d'ensemble des patients consultant et admis, de gérer le parcours de ces patients et leur dossier, d'établir automatiquement des demandes d'examen, des certificats, des comptes rendus et de générer des analyses d'activité. Ces outils informatiques permettent aussi d'envoyer des résumés d'urgence aux autorités sanitaires chargées de la veille sanitaire. L'informatisation a permis d'obtenir un saut de qualité et de sécurité conséquent dans la rédaction des dossiers médicaux en obligeant les différents acteurs à écrire toutes les informations essentielles. De ce fait, l'informatisation ne s'est pas accompagnée d'un gain de temps.

— L'ENSEIGNEMENT DE LA DISCIPLINE —

Le premier diplôme a été la capacité d'aide médicale urgente (CAMU), essentiellement orientée vers la médecine d'urgence préhospitalière, transformée en capacité de médecine d'urgence (CMU). Depuis 2003, un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de médecine d'urgence a été créé, sous l'impulsion de la Collégiale nationale des enseignants de médecine d'urgence (CNEMU). Ce diplôme consacre la reconnaissance de la médecine d'urgence comme discipline à part entière. Ce diplôme vise à former des urgentistes polyvalents, connaissant aussi bien les urgences préhospitalières qu'hospitalières, adultes et pédiatriques, médicales et chirurgicales. Ainsi la maquette prévoit-elle la validation de quatre stages cliniques de 6 mois, en SAU, en SAMU-SMUR, en réanimation et aux urgences pédiatriques. Il s'agit d'un DESC non qualifiant, accessible à partir de très nombreux DES.

Ces trois diplômes (CAMU, CMU, DESC) se sont succédé dans le temps et sont considérés comme équivalents, notamment pour postuler à un poste de médecine d'urgence. Il n'est pas souhaitable de maintenir dans l'avenir la co-existence de deux formations différentes (CMU et DESC), et la CMU devrait donc disparaître prochainement, dès que la période de transition sera terminée (médecins non inscrits en DES). Cette disparition de la CMU est également nécessaire pour valider de fait l'équivalence « historique » de ces diplômes et ne pas aboutir à une dévalorisation des anciennes générations titulaires de la CAMU ou de la CMU et non du DESC. L'ensemble de la discipline de médecine d'urgence s'est prononcée pour faire évoluer à brève échéance le DESC vers un DES de médecine d'urgence, afin notamment de rejoindre les dix pays européens qui ont déjà fait un choix équivalent de reconnaissance de la spécialité.

LA RECHERCHE

En France, la recherche aux urgences a débuté dans les organisations qui ont été les premières structurées, les urgences préhospitalières. Très vite, des publications dans des journaux internationaux prestigieux ont confirmé la maturité scientifique et la qualité de cette recherche. Ainsi dès 1988, soit seulement 2 ans après la loi instaurant les SAMU, une publication française dans le *New England Journal of Medicine* faisait état d'une nouvelle thérapeutique dans les intoxications graves par la chloroquine [7]. Une équipe française a été également parmi les premières à appliquer la thrombolyse dans l'infarctus du myocarde en préhospitalier [11], et la France a gardé cette avance dans ce domaine [3]. Si l'on se limite à ce journal prestigieux qu'est le *New England Journal of Medicine* et qui constitue un indicateur simple mais efficace, on note l'ascension progressive de la recherche française en médecine préhospitalière avec la découverte du rôle des cyanures dans l'intoxication par les fumées d'incendies [1] et la publication de travaux consacrés à l'arrêt cardiaque qui marquent un certain *leadership* de la recherche française dans ce domaine [2, 5, 9].

Cet excellent bilan de la recherche en urgence préhospitalière ne doit pas masquer des résultats plus modestes de la recherche en urgence hospitalière qui reste encore peu représentée dans les grands journaux internationaux. Cela est toutefois en train de changer [4, 8] et de plus en plus d'équipes peuvent prétendre à publier dans des revues de haut niveau. Il convient de remarquer également que, sur le plan internatio-

nal, la recherche en urgence hospitalière reste en retrait par rapport aux autres disciplines. Ainsi les facteurs d'impact des revues phares des urgences (*Annals of Emergency Medicine* 3,1 ; *Journal of Trauma* 2,0) sont-ils relativement faibles, notamment lorsqu'on les compare aux revues de rang comparable des autres disciplines.

Un argument régulièrement avancé est qu'il est plus difficile d'effectuer un travail de recherche aux urgences, ce qui expliquerait les faibles performances actuelles. À notre sens, plusieurs arguments doivent être opposés à cette vue simpliste qui ressemble volontiers à un plaidoyer *pro domo*. Premièrement, la recherche clinique est un art difficile qui nécessite des compétences particulières et la lutte au niveau international est féroce. Il s'agit d'un véritable métier que celui de chercheur, qui nécessite un long apprentissage et ne s'improvise guère, pour les urgences comme pour les autres disciplines. Deuxièmement, les publications de haut niveau obtenues par les équipes préhospitalières et, plus récemment, par certaines équipes hospitalières [4, 6] démontrent qu'il est possible de réussir. Enfin, on peut avancer des arguments importants pour expliquer, au contraire, que la recherche est plus facile aux urgences :

- le flux de patient est important, facilitant les possibilités d'inclusions ;
- le temps d'étude est souvent plus court que dans d'autres disciplines ;
- la concurrence internationale est souvent moins aiguë que dans d'autres disciplines ;
- le domaine de recherche est souvent multidisciplinaire, permettant un accès plus facile aux grands journaux internationaux généralistes.

Néanmoins, il faut reconnaître plusieurs difficultés. Si les services d'urgences se rapprochent progressivement de la parité avec les services hospitaliers d'autres disciplines, sur le plan de la structure, de l'organisation et de l'autonomie, c'est loin d'être le cas sur le plan universitaire. Les SAMU et SAU présentent un manque criant de personnels hospitalo-universitaires (professeurs, maîtres de conférences, chefs de clinique) lorsqu'on les compare aux autres disciplines. Le deuxième facteur important est la disproportion entre la charge de travail aux urgences et le personnel médical disponible. Quand la principale préoccupation d'un SAU est d'assurer le strict nécessaire clinique face à un flux de patients en croissance continue avec des moyens insuffisants en qualité et en quantité, la recherche est clairement un luxe. Le troisième facteur est la formation du personnel existant. Très peu de praticiens urgentistes ont été formés à la méthodologie rigoureuse de la recherche clinique. Le quatrième facteur est l'isolement des SAU au sein de l'hôpital et le cloisonnement fréquent entre les différents acteurs de l'urgence. De plus en plus, la recherche clinique de haut niveau nécessite des collaborations multidisciplinaires et des com-

pétences méthodologiques ou statistiques. Il existe manifestement un certain retard dans l'établissement de ces coopérations entre les services d'urgences et les autres services. Le cinquième facteur est l'absence de collaboration entre les SAU. De plus en plus, la recherche clinique de haut niveau nécessite des études multicentriques incluant un nombre considerable de patients. Là encore, ce n'est pas un hasard si les publications les plus récentes des équipes françaises ont été des études multicentriques [2, 4, 5, 8].

CONCLUSION

La médecine d'urgence a fait l'objet d'une formidable mutation ces dernières années, qui en font une discipline à part entière, à parité avec les autres disciplines médicales. Simultanément à la structuration de la médecine d'urgence par des textes réglementaires, et à l'établissement d'un DESC, la médecine d'urgence a conduit un énorme effort interne d'organisation avec la création d'une société savante unique, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en 2005, d'un collège professionnel, le Collège national de médecine d'urgence (CNMU) en 2007 et d'une collégiale des enseignants (CNEMU) en 2003. Nous avons les moyens de faire en sorte que la médecine d'urgence française améliore encore sa visibilité et sa reconnaissance au niveau international. Le développement de la médecine d'urgence est nécessaire pour les patients et pour un fonctionnement plus harmonieux et efficace de notre système de santé.

POUR EN SAVOIR PLUS

1. BAUD FJ, BARRIOT P, TOFFIS V et al. Elevated blood cyanide concentrations in victims of smoke inhalation. *N Engl J Med*, 1991, 325 : 1761-1766.
2. GUEUGNIAUD PY, MOLS P, GOLDSTEIN P et al. Comparison of repeated high doses and repeated standard doses of epinephrine for cardiac arrest outside the hospital. *N Engl J Med*, 1998, 339 : 1595-1601.
3. MONTALESCOT G, BARRAGAN P, WITTENBERG O et al. Platelets glycoprotein IIb/IIIa inhibition with coronary stenting for acute myocardial infarction. *N Engl J Med*, 2001, 344 : 1895-1903.
4. PERRIER A, ROY PM, SANCHEZ O et al. Multidetector-row computed tomography in suspected pulmonary embolism. *N Engl J Med*, 2005, 352 : 1760-1768.
5. PLAISANCE P, LURIE KG, VICAUT E et al. A comparison of standard cardiopulmonary resuscitation and active compression-decompression resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*, 1999, 341 : 569-575.

6. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). Conférence d'experts de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), de SAMU de France, de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et de la Société de réanimation de langue française, 2002 (www.sfar.org).
7. RIOU B, BARRIOT P, BAUD FJ, RIMAILHO A. Treatment of chloroquine poisoning. *N Engl J Med*, 1998, *308* : 1-4.
8. SALMERON S, LIARD R, ELKHARRAT D et al. Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in France : a prospective study. *Lancet*, 2001, *358* : 629-635.
9. SPAULDING CM, JOLY LM, ROSENBERG A et al. Immediate coronary angiography in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*, 1997, *336* : 1629-1633.
10. STEG G. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences, septembre 1993.
11. VILLEMANT D, BARRIOT P, RIOU B et al. Achievement of thrombolysis at home in cases of acute myocardial infarction. *Lancet*, 1987, *1* : 228-229.

Chapitre 2

Statut et responsabilité de l'interne de garde

Pierre Chevalier

Les établissements de santé ont l'obligation d'organiser le cadre des urgences hospitalières (article L. 6111-1 du Code de la santé publique). L'accueil jour et nuit des patients, la dispensation continue des soins ainsi que l'orientation rapide des patients vers le service approprié impliquent la mobilisation de l'ensemble des personnels, notamment les internes de garde, qui assurent quotidiennement, et dans des conditions parfois difficiles, le fonctionnement de ces urgences.

L'interne de garde est exposé aux risques de cette activité médicale d'urgence. Pour autant, il n'est pas seul. Praticien en devenir, il exerce ses missions sous la responsabilité d'un médecin expérimenté qui le forme. Même sous cette tutelle, l'interne n'en reste pas moins responsable pour les manquements qu'il peut commettre dans l'exercice des activités de prévention, de diagnostic et de soins qui lui sont confiées. Cette responsabilité est disciplinaire, pénale ou administrative et peut exposer l'interne, dans les deux premiers cas, à une sanction disciplinaire ou à une peine pénale.

Le présent chapitre a pour objet d'informer l'interne de garde sur les risques qu'il encourt dans ses activités professionnelles. Il est nécessaire pour cela de rappeler les obligations statutaires de l'interne, d'identifier les différentes causes d'engagement de sa responsabilité, de connaître les droits fondamentaux du patient hospitalisé aux urgences et de préciser les règles essentielles applicables à la rédaction des certificats qui peuvent lui être demandés.

OBLIGATIONS STATUTAIRES DES INTERNES

Le statut des internes a été réformé en dernier lieu par un décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 (articles R. 6153-1 à R. 6153-45 du Code de la santé publique).

Membre du personnel médical, l'interne exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien responsable auquel il est rattaché. La délégation est accordée par le praticien, sous sa responsabilité, et doit être à la mesure des capacités professionnelles de l'interne et de son expérience. La présence effective de médecins seniors aux urgences facilite la tâche de l'interne qui dispose ainsi d'un référent accessible lorsqu'il se trouve confronté à une difficulté particulière.

L'interne participe au service de garde et d'astreinte ; il s'acquitte des tâches qui lui sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés.

« Praticien en formation spécialisée », l'interne dépend d'une double gestion, universitaire et hospitalière. Administrativement, il est rattaché à un centre hospitalier régional (CHR). Nommé par le directeur du CHR, l'interne est affecté par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales dans les terrains de stages hospitaliers et extrahospitaliers. Il reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

L'interne doit consacrer la totalité de son temps de travail à ses activités médicales ou pharmaceutiques et à sa formation. Il lui est interdit d'assurer des activités annexes. Ses obligations de service s'élèvent à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.

L'interne participe au service de gardes et astreintes. Les gardes sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. Il peut également assurer une participation supérieure au service normal de garde. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières ou universitaires.

RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DES INTERNES

Comme tout agent du service public hospitalier, l'interne peut voir sa responsabilité engagée lorsqu'il commet une faute dans son exercice professionnel.

La responsabilité encourue est de deux types :

— la responsabilité personnelle qui est sanctionnée par le prononcé d'une mesure disciplinaire ou une peine pénale. Comme tout agent public, l'interne bénéficie dans ces situations d'une protection légale

dans le cadre de ses fonctions, assurée par l'établissement public de santé (prise en charge des frais de procédure). La protection légale est néanmoins écartée lorsque la faute commise est « détachable du service » (*voir plus loin*, « Responsabilité pénale et personnelle de l'interne en raison d'une infraction pénale ») ;

— la responsabilité administrative de l'établissement de santé lorsque la faute de l'interne est qualifiable de faute de service. Cette responsabilité se traduit par le versement d'une indemnité au patient par l'assureur de l'établissement.

Même si la responsabilité administrative n'aboutit pas à une mise en cause personnelle de l'interne, il est nécessaire de la connaître car elle est de loin la plus fréquemment invoquée par les patients.

RESPONSABILITÉ ADMINISTRATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT POUR DOMMAGE MÉDICAL

La responsabilité administrative fait suite à une réclamation indemnitaire du patient à la suite d'un accident médical (L. 1142-1 Code de la santé publique). La faute se répare par le versement de dommages et intérêts en indemnisation du préjudice subi par le patient, à la charge de l'assureur de l'établissement de santé.

Le plaignant doit prouver à la fois la faute (une faute simple suffit, depuis l'abandon en jurisprudence de la distinction entre faute lourde et simple, Conseil d'État du 10 avril 1992), le dommage et la relation de cause à effet entre la faute et le dommage. Notons qu'en cas de manquement du devoir d'information, la charge de la preuve pèse sur le médecin. La responsabilité administrative de l'hôpital peut ainsi être engagée du fait d'une faute d'organisation du service (manque de personnel, matériel défectueux). Le patient peut également demander réparation, même en l'absence de faute démontrée, au titre des accidents médicaux non fautifs.

La responsabilité administrative est reconnue :

— par la voie judiciaire (une décision d'un tribunal administratif) ;
— à la suite d'un avis de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) mise en place par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Le patient peut saisir la CRCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important ;

— par la signature d'une « transaction en reconnaissance de responsabilité » entre l'assureur de l'établissement de santé public et le patient. L'assureur reconnaît la responsabilité de l'établissement et verse une indemnité en réparation des préjudices subis, tandis que le patient indemnisé de son préjudice renonce à l'exercice d'une action judiciaire en réparation.

Attention : la faute commise par l'interne dans l'exercice de ses activités, qu'elle soit à l'origine du dommage ou qu'elle ait seulement contribué à sa survenance (retard dans la prise en charge, défaut de surveillance...), engage la responsabilité administrative de l'établissement de santé public (Conseil d'État A, 28 juillet 1951, Laruelle) et oblige l'assureur à réparer le dommage. En ce cas, même si une erreur de l'interne de garde est établie, celui-ci ne peut être contraint de verser des dommages et intérêts.

Il en va différemment, mais ces hypothèses sont rares, lorsque la faute commise par l'interne peut s'analyser en une « faute détachable du service ». Cette faute s'entend de l'acte fautif contraire aux impératifs les plus élémentaires. Il s'agit, par exemple, de l'abandon d'un malade anesthésié, lors d'un incendie, sur une table en salle d'opération, d'une intervention réalisée par un chirurgien en état d'ivresse, de coups et blessures volontaires par colère sur un malade. Si la faute détachable est retenue par le juge, l'interne sera tenu de réparer personnellement le dommage qu'il a causé et il devra s'acquitter sur son patrimoine du paiement des condamnations prononcées.

RESPONSABILITÉ DISCIPLINAIRE DE L'INTERNE POUR MANQUEMENT PROFESSIONNEL

L'interne doit respecter les règles attachées à son statut ainsi que les dispositions figurant dans le règlement intérieur des établissements dans lesquels il exerce son activité. C'est habituellement pour non-respect de l'obligation de continuité (absences injustifiées, non-prise de garde, absence pendant la garde, départ de l'hôpital sans attendre la relève) ou pour des fautes graves commises durant ses stages pratiques que l'interne est sanctionné.

Il peut faire l'objet, suivant la gravité de son manquement professionnel, d'un avertissement, d'un blâme ou d'une exclusion de ses fonctions pour une durée ne pouvant excéder 5 années. Les sanctions sont prononcées par le directeur général du CHR après consultation du praticien sous la responsabilité duquel il est placé et avis d'un conseil de discipline de la région sanitaire en cas d'exclusion.

RESPONSABILITÉ PÉNALE ET PERSONNELLE DE L'INTERNE EN RAISON D'UNE INFRACTION PÉNALE

À la différence de la responsabilité administrative, la responsabilité pénale engage personnellement l'interne. Cette responsabilité « fait peur » (intervention de l'autorité judiciaire, auditions, comparution